

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

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

HOSPITAL PROVINCIAL INMACULADA CONCEPCION

FECHA:

Mayo 2026

MODELO CAF: EL MARCO COMÚN DE EVALUACIÓN.

Presentación.

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

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

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

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

Santo Domingo, 2021

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA GUÍA.

Evaluación Individual.

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

Evaluación de consenso:

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

CRITERIOS FACILITADORES.

CRITERIO I: LIDERAZGO

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Los líderes (Directivos y supervisores): I. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes.	Nuestra institución formulo la (misión, visión y valores), atravez del plan operativo anual implica a los empleados relevantes poniendolos en ejecucion atravez de sus designaciones mensuales, trimestrales, semetrales y anuales e implicando a los grupos de interés digase clientes, entidades y publico en general dandoles a conocer nuestras mision, vision y valosres a travez de puestra pagina web, Brocrures de la carta compromiso, murales dentro delos recintos hospitalarios etc. Con el objetivo de empoderar a dichos implicados para llevar a cabo con éxito nuestra misión, poner en practica nuestros valores y llevar nuestra visión más allá de los directivos y supervisores. Evidencia: Pagina web: https://hospitalinmaculadaconcepcion.gob.do , misión, visión y valores renovados y publicados en los murales.	

2. Establece el marco de valores institucionales alineado con la misión y la visión de la organización, respetando que los principios y valores del sector público, específicamente del sector salud, tales como: universalidad, humanización, la integridad e integralidad, solidaridad, eficacia, la transparencia, la innovación, la responsabilidad social, la inclusión y la sostenibilidad, el estado de derecho, el enfoque ciudadano, la diversidad y la equidad de género, un entorno laboral justo, la prevención integrada de la corrupción, entre otros, sean la corriente principal de las estrategias y actividades de la organización.	Nuestra institución Procura que el marco de valores institucionales sea conocido y sobre todo comprendido por los colaboradores de los diferentes departamentos al momento de la induccion, capacitaciones y murales internos, la incorporacion de los valores en la misión y visión de la organización se evidencia en las practica del dia a dia, podemos evidenciarlos en los servicios virndado a los pacientes , instituiiones y personas interesadas, atravez de nuestra cartera de servisiios donde podemos cumplir y cubrir las necesidades de los interesados con calidez, compromiso, respeto y brindandoles las orportunidad de que puedan conocer lo que hacemos y como lo hacemos en nuestro portal institucional, portal unico de transparencia, Oficina de libre acceso de la informacion (OAI), estadisticas institucional, carta compromiso etc. Ya que cuando actuamos en base a dichos principios y valores podemos dirigir y desarrollar mejor las actividades de nuestra institución. Evidencia: contamos con un marco de valores publicados en los murales. Encuesta de satisfacción al usuario, Pagina web:https://hospitalinmaculadaconcepcion.gob.do.	
3. Aseguran de que la misión, la visión y los valores estén en línea con las estrategias nacionales, teniendo en cuenta la digitalización, las reformas del sector y las agendas comunes.	Nuestra institución garantiza por medio de documentos y murales expuestos a la vista publica que la misión, visión y valores estan alineados a las estrategias nacionales asegurandose de mantener una gestion coherente, centrada en nuestros pacientes y personas interesadas y sobre todo orientada a generar valores publicos, buacando la mejora continua y el fortalecimiento de nuetro servicio de salud . Evidencia: Plan Operativo Anual (POA), Pagina web:https://hospitalinmaculadaconcepcion.gob.do, misión, visión y valores publicados en los murales.	

4. Garantizan una comunicación y un diálogo más amplios sobre la misión, visión, valores, objetivos estratégicos y operativos con todos los empleados de la organización y otras partes interesadas.	Nuestra institución comunica y socializa de forma planificada la misión, visión y valores, objetivos estratégicos y operativos, utilizando diferentes formas y medios (Reuniones, socializaciones en las inducciones a los empleados de nuevo ingreso, reuniones departamentales y garantizando que hayan murales y carteles con dicha informaciones) de acuerdo con las características o necesidad de los empleados y de las demás partes interesadas. Evidencia: Listado de reuniones de socialización con los diferentes grupos de interés interno, Pagina web:https://hospitalinmaculadaconcepcion.gob.do.	
5. Aseguran la agilidad organizacional revisando periódicamente la misión, la visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo (por ejemplo, digitalización, cambio climático, reformas del sector público, especialmente las que impactan el sector salud, desarrollos demográficos: descentralización y desconcentración para acercar los servicios a individuos, familias y comunidades; impacto de las tecnologías inteligentes y las redes sociales, protección de datos, cambios políticos y económicos, divisiones sociales, necesidades y puntos de vista diferenciados de los clientes).	Nuestra institución Asegura la agilidad organizacional revisando periódicamente la misión, la visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo dicha revision forma parte de la estrategia de la organizacion, porque permite identificar nuevas necesidades y mejores desafios y tambien nos permite hacer los ajustes que se necesitan para sostenernos no importando los tiempos. (por ejemplo, digitalización, cambio climático, reformas del sector público, especialmente las que impactan el sector salud, desarrollos demográficos: descentralización y desconcentración para acercar los servicios a individuos, familias y comunidades; impacto de las tecnologías inteligentes y las redes sociales, protección de datos, cambios políticos y económicos, divisiones sociales, necesidades y puntos de vista diferenciados de los clientes). En pocas palabras nuestra institución se mantiene a la vanguardia actualizando informaciones y cambios importantes para poder continuar brindando un	

	servicio de calidad de acorde a las necesidades de los clientes. Evidencia: fotos de redes y portal de transparencia, Pagina web: https://hospitalinmaculadaconcepcion.gob.do.	
6. Preparan la organización para los desafíos y cambios de la transformación digital (por ejemplo, estrategia de digitalización, capacitación, pautas para la protección de datos, otros).	Nuestra institución se prepara y organiza para afrontar los cambios y nuevos desafíos derivados de la transformación digital incorporando progresivamente herramientas tecnológicas en los procesos asistenciales y operativos mediante la instalación de sistemas contables completos que brindan asistencia médica y brindando al personal la capacitación que se necesita para obtener los conocimientos necesarios para que puedan poner en práctica, por ejemplo un curso de introducción de transformación digital impartido a las diferentes áreas de nuestro centro hospitalario en el segundo trimestre del año, reuniones, talleres y demás que se preparan para los desafíos y cambios en la transformación digital que están surgiendo en nuestra sociedad actual. Evidencia: listado de participación, fotos, plan de capacitación, portal de transparencia, Pagina web: https://hospitalinmaculadaconcepcion.gob.do.	
7. Desarrollan un sistema de gestión que prevenga comportamientos no éticos, (conflictos de intereses, corrupción, etc.) facilitando directrices a los empleados sobre cómo enfrentarse a estos casos.	Nuestra institución poniendo en práctica nuestra misión, visión y especialmente nuestros valores, cuenta con un sistema que nos permite gestionar y promover la ética, la integridad y la transparencia, con el fin de evitar que dentro de nuestra institución se propague la corrupción, conflictos de intereses,	

	faltas a los valores etc. Comunicando a los colaboradores nuestras directrices a los de nuevo ingreso en la inducción y capacitaciones a todo el personal como (relaciones humanas, ética, inducción, manejo de estrés) además de orientaciones y divulgación de normas internas que orientan sobre cómo identificar, prevenir y reportar posibles situaciones de conflicto de intereses o conductas irregulares que puedan suceder. Evidencia: reunión de comité administrativo hospitalario, comité de compras, comité de calidad, rendición de cuenta anual, conocimiento de la ley de función pública, plan de capacitación, Página web: https://hospitalinmaculadaconcepcion.gob.do.	
8. Refuerzan la confianza mutua, lealtad y respeto entre líderes/directivos/empleados (por ejemplo: monitorizando la continuidad de la misión, visión y valores y reevaluando y recomendando normas para un buen liderazgo).	Nuestra institución tiene un organigrama que se da a conocer al personal con el objetivo de promover un ambiente donde todos sepan dónde y a quién debe dirigirse, para mantener el respeto, la lealtad y la confianza mutua entre los líderes, director y empleados, de esta manera se procura que el ejercicio del liderazgo sea coherente con la misión, visión y valores del hospital. refuerza por medio de talleres, delegando funciones y encuentro formativos y recreativos, la confianza mutua, la lealtad y el respeto, entre todos los miembros de la organización. Evidencia: Minutas y listados de participación de las reuniones del comité de calidad, listados y fotos de participación de los cursos del CEA.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas	Nuestra institución tiene establecida una estructura organizativa verificada y aprobada por el MAP, formalmente definida que establece claramente los niveles	

que garanticen la agilidad de la organización.	de autoridad, responsabilidades de cada coolaborador, líneas de comunicacion y relaciones entre los diferentes departamento de la organizacion. Esta estructura se ecuentra respaldada por el organigrama institucional ya mencionado anteriormente y los documentos normativos correspondientes, que se mantienen en revision constante y actualizandoc de acuerdo a als necesidades y cambios que ocurren en nuenstro hospital provincial inmaculada concepcion. Con el fin de que todos tenga claro lo que le corresponde hacer para mantener nuestra institución funcionando como lo establecen nuestros estatutos y leyes. Evidencia: aprobación del organigrama institucional, aprobación del manual de organización y funciones,Pagina web:https://hospitalinmaculadaconcepcion.gob.do.	
2. Se establece objetivos y resultados cuantificables para todos los niveles y áreas, con indicadores para medir y evaluar el desempeño y el impacto de la organización.	Nuestro hospital alineado con su planificacion estrategica y operativa definiendo las metas y los indicadores que permiten medir y evaluar el desempeño de las diferentes areas y procesos institucionales atravez de encuestas y evaluaciones internas emplea objetivos y resultados cuantificables en los diferentes niveles de gestion, se despliegan los objetivos hacia las diferentes unidades organizativas, de acuerdo con las funciones y competencias de cada area se establecen responsabilidades y resultados esperados. Evidencia: encuestas de satisfacción al usuario.	

3. Se introduce mejoras del sistema de gestión y el rendimiento de la organización, de acuerdo con las expectativas de los grupos de interés y las necesidades diferenciadas de los pacientes (por ejemplo: perspectiva de género, diversidad, promoviendo la participación social y de otros sectores, en los planes y las decisiones, etc.).	Nuestra institución a través de charlas y programas, consejerías, planificaciones y de más introduce mejoras en el sistema de gestión y el rendimiento de la organización a partir del análisis de las necesidades y expectativas de los usuarios y especialmente de los pacientes, para ello, se utilizan los resultados de las encuestas de satisfacción al usuario que realiza el hospital y otras fuentes de información, los resultados de estas son analizados para identificar oportunidad, accesibilidad y seguridad de los servicios de salud. Es muy importante destacar que por medio de estas encuestas se toman en cuenta las diferentes necesidades de los pacientes en aspectos como edad, género, discapacidad y condiciones sociales, se promueven los mecanismos de participación de pacientes, familiares del paciente y otros actores relacionados en la identificación de las necesidades y de la mejora de los servicios. Evidencia: Plan de capacitación, charlas de promoción a la lactancia materna, programa SAI, consejería, planificación, unidad de adolescente.	
4. Funciona un sistema de información de la gestión basado en el control interno, la gestión de riesgos y el monitoreo permanente de los logros estratégicos y operativos de la organización (por ejemplo: Cuadro de Mando Integral, conocido también como “Balanced Scorecard”, NOBACI, otros).	Nuestro hospital cuenta con un sistema de información para la gestión que permite realizar el seguimiento constante del desempeño de nuestra institución, mediante la gestión de riesgos, el control interno y el monitoreo permanente de los objetivos estratégicos y operativos. Para los cuales utiliza indicadores de gestión, se hacen informes periódicamente, herramientas de control interno, mecanismos de seguimiento al plan y en ejecución la matriz de riesgo de nuestra institución. La información que se genera mediante estos indicadores es analizada por los responsables de estos procesos y por los directivos para identificar riesgos o desviaciones, también para identificar las oportunidades de mejora y así poder corregir de manera oportuna y facilitando la toma de decisiones.	

	Evidencia: Formulario de autoevaluación de bioseguridad y planes de mejora para el control interno.	
5. Se aplica los principios de gestión de la Calidad Total o se tienen instalados sistemas de gestión de calidad o de certificación como el CAF, el EFQM, la Norma ISO 9001, etc.	Nuestra institución orientada a la mejora continua de sus procesos y servicios aplica los principios de gestión de calidad total y tomando como referencia el modelo CAF y otros instrumentos institucionales, se promueve la cultura de la calidad basada en las necesidades del usuario, el liderazgo, la participación del personal, la gestión por procesos y la mejora continua. Por medio de la realización del proceso de autoevaluación la institución identifica las fortalezas y las debilidades o áreas de mejoras, también se establecen planes de acción y seguimientos a las acciones implementadas. Evidencia: Autodiagnóstico CAF.	
6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.	En nuestra institución con el fin de mantener un enfoque dinámico y que vaya de la mano con lo que queremos lograr se desarrolla y utilizan herramientas alineadas con los objetivos estratégicos y operativo de administración electrónica con el propósito de mejorar la eficiencia de los procesos, fortalecer la calidad de la atención y facilitar el acceso a los servicios, la institución utiliza un sistema informático para registrar la información de los pacientes. Evidencia: plan de compra y contrataciones, estados financieros, reporte oportuno de liquidación de fondos y rendición de cuentas.	
7. Está establecidas las condiciones adecuadas para la innovación y el desarrollo de los procesos organizativos, médicos y tecnológicos, la gestión de proyectos y el trabajo en equipo.	Nuestra institución promueve el mejoramiento continuo, la innovación y establece las condiciones adecuadas como un personal capacitado, la instalación de programas tecnológicos, adecuaciones de lugar, como señalizaciones, higienización, horas específicas	

	para que sea efectivo el desarrollo de los procesos organizativos, médicos y tecnológicos, la gestión de proyectos y el trabajo en equipo. Evidencia: espacio físico adecuado, plan de mejora institucional, personal capacitado, áreas señalizadas e higienizadas, horario establecido.	
8. Se asegura una buena comunicación interna y externa en toda la organización, mediante la utilización de nuevos medios de comunicación, incluidas las redes sociales, Cartera de Servicios actualizada publicada.	Nuestra institución asegura y promueve la innovación en el desarrollo de los procesos de la organización de una buena comunicación interna y externa en toda la organización, mediante reuniones, talleres, correos electrónicos, la utilización de nuevos medios de comunicación y a través del acceso directo a las oficinas o lugares específicos de trabajo y fortaleciendo el trabajo en equipo, constituyendo el fortalecimiento de la calidad, eficiencia y seguridad del servicio de salud. Evidencia: cartas, Facebook, Instagram, cartera de servicios actualizada y publicada en recepción.	
9. Los líderes/ directivos de la organización muestran su compromiso con la innovación, promoviendo la cultura de mejora continua y fomentando la retroalimentación de los empleados.	Nuestra institución cuenta con líderes, directivos y empleados dedicados que promueven y muestran su compromiso con la innovación, fomentando la participación, la retroalimentación del equipo, el trabajo colaborativo, la cultura de mejora continua, fortalece la calidad de los servicios de salud. Evidencia: actas constitutivas de los comités que la gerencia preside con los diferentes grupos de interés.	
10. Se comunican las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.	En nuestra institución se realiza un plan estratégico que promueve y permite que surjan cambios en nuestra organización; se comunican las iniciativas de cambio y los efectos esperados, por medio de reuniones, comunicados escritos y pegados en murales y utilizando las redes sociales a los empleados y grupos de interés relevantes. Evidencia: listado de participación, fotos.	

11. El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.	En nuestra institución maneja y evita la corrupción y el comportamiento poco ético a través de normas y reglas establecidas que todo empleado y/o directivo debe cumplir y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento que permitan tener una evaluación periódica donde se pueda detectar cualquier anomalía a tiempo. Evidencia: amonestaciones.	
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Los líderes (directivos y supervisores): Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.) 1. Predica con el ejemplo, actuando personalmente en consonancia con los objetivos y valores establecidos, involucrándose en la mejora del sistema de gestión, participando en las actividades que realizan los servicios médicos, estimulando la creación de grupos de mejora, entre otros.	Nuestra institución cuenta con líderes que muestran su compromiso y coherencia llevando a cabo o más bien poniendo en práctica los valores de nuestro hospital en pocas palabras predica con el ejemplo, además de promover y proponer, actuando personalmente en consonancia con los objetivos y valores establecidos, involucrándose en la mejora del sistema de gestión, participando en las actividades que realizan los servicios médicos, estimulando la creación de grupos de mejora, entre otros. Evidencia: secciones de los diferentes comités.	
2. Inspira a través de una cultura de liderazgo impulsada por la innovación y basada, en la confianza mutua y la apertura, para contrarrestar cualquier tipo de discriminación, fomentando la igualdad de oportunidades y abordando las necesidades individuales y las circunstancias personales de los empleados.	En nuestra institución se fomenta un liderazgo basado en la confianza mutua, la apertura y innovación para promover la igualdad de oportunidades, el respeto y la atención a las necesidades individuales de los empleados y la delegación de funciones para contrarrestar cualquier tipo de discriminación, fomentando la igualdad de oportunidades y abordando las necesidades individuales y las circunstancias personales de los empleados con el objetivo de que todos se sientan y se reconozcan parte importante de nuestra institución. Evidencia: comunicación verbal y escrita.	

3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.	Nuestra institución mantiene una comunicación constante e informa a través de comunicados verbales, escritos, utilizando las redes sociales, entre otros y consulta a los empleados de forma periódica sobre asuntos claves relacionados con la organización. Evidencia: comunicaciones, circulares, minutas, lista de servicios, protocolos, entre otros.	
4. Empoderan y apoyan al personal en el desarrollo de sus tareas, planes y objetivos, proporcionándoles retroalimentación oportuna, para mejorar el desempeño, tanto grupal como individual.	En nuestro hospital los líderes empoderan y apoyan al personal en el cumplimiento de sus funciones y el desarrollo de sus objetivos manteniendo la constante comunicación y recordando vía redes sociales los indicadores a trabajar de los diferentes equipos, a través de talleres que fortalezcan sus áreas y facilitándoles los materiales y herramientas necesarias para mejorar el desempeño, tanto grupal como individual. Evidencia: socialización de los procesos, plan de capacitación.	
5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.	En nuestra institución los líderes motivan, acompañan y empoderan a los empleados mediante la delegación de autoridad, a los encargados de cada departamento para ejecutar cualquier actividad en bien de la institución, de acuerdo a la responsabilidades que tiene cada departamento, cada empleado y competencias, que ayudan a que podamos tener un mejor dinamismo y compromiso e incluso en la rendición de cuentas. Evidencia: socialización, listados de participación, fotos.	

6. Promueven una cultura de aprendizaje para estimular a que los empleados desarrollen sus competencias y se ajusten a los nuevos requisitos (preparándose para los imprevistos y aprendiendo rápidamente.	Nuestra institución a través de los talleres, cursos y trabajo en equipo promueve una cultura de aprendizaje para estimular a que los empleados desarrollen sus competencias y se ajusten a los nuevos requisitos, Se fomenta la capacitación y adaptación ante nuevos requisitos, cambios e imprevistos, fortaleciendo la capacidad del personal para responder de manera oportuna a las necesidades de la organización . Evidencia: pla de capacitaciones 2026.	
7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.		No contamos con un plan para reconocimientos a los empleados de la organización.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Analizan y monitorean las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas las autoridades políticas relevantes, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización.	Nuestra institución desarrolla planes estratégicos que permitan tener una vision mas alla del puesto que ocupa una persona en el momento actual para cubrir las necesidades y expectativas actuales y futuras de los colaboradores y grupos de interés. Se identifican y monitorean las mismas y se comparte esta información internamente para orientar la planificación y la toma de decisiones institucionales Evidencia: Plan de capacitación, incentivos institucionales.	
2. Desarrollan y mantienen relaciones proactivas con las autoridades políticas desde las áreas ejecutivas y legislativas apropiadas, promoviendo la intersectorialidad en la solución de los problemas de salud, el establecimiento de redes de atención socio-sanitaria, otros.	Nuestra institución con el fin de mantener la unidad y dar a conocer lo que hacemos, desarrolla y mantiene relaciones proactivas y de cooperación con las autoridades políticas, tanto del ámbito ejecutivo como legislativo, así como con otras partes interesadas, promoviendo la articulación intersectorial para abordar de manera integral los problemas de salud. Estas relaciones favorecen la coordinación de acciones, el establecimiento y fortalecimiento de	

	redes de atención sociosanitaria y la gestión conjunta de iniciativas y preparaciones orientadas a mejorar la calidad, oportunidad y continuidad de los servicios de salud. Evidencia: comunicaciones enviadas y recibidas de participación en actividades ej. Ayuntamiento municipal, gobernación, iglesias.	
3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.	Nuestra institución identifica, analiza, da seguimiento y pone en práctica las políticas públicas, normativas y lineamientos nacionales relacionados con el sector salud que son necesarias como medio de actuación, incorporándolos en la planificación y gestión en nuestro hospital. Esto permite alinear sus objetivos, programas, proyectos y procesos con las prioridades nacionales de salud, favoreciendo el cumplimiento de las disposiciones vigentes y una respuesta coherente a las necesidades de la población. Evidencia: contamos con políticas públicas como son: leyes, guías y protocolos pertinentes al área de salud, ley 123-15, 87-01.	
4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.	Nuestra institución mantiene alineado el desempeño de la organización y mantiene relaciones efectivas, coordinadas y transparentes con las autoridades políticas, organismos que regulan, sobre todo las instituciones del sistema nacional de salud y las demás partes interesadas para mantener una actualización de que lo que queremos va de la mano con el beneficio colectivo, promoviendo la colaboración interinstitucional para el cumplimiento de los objetivos y el mejoramiento de los servicios que brinda nuestro hospital. Estas relaciones facilitan la coordinación de las acciones el intercambio de las informaciones pertinentes, la gestión de las necesidades más relevantes del hospital y la respuestas oportuna a las demandas de la población en general.	

	Evidencia: POA, Reportes, Informes, Comunicaciones y seguimiento a instituciones llámese, fiscalía.	
5. Gestionan y desarrollan asociaciones con grupos de interés importantes (ciudadanos/clientes-pacientes y sus familias, ONG, grupos de presión, asociaciones profesionales, asociaciones privadas, asociaciones de pacientes, otras autoridades públicas, autoridades sanitarias; proveedores de productos y servicios; la red de atención primaria; centros hospitalarios, universidades, etc.).	Nuestra institución gestiona y desarrolla relaciones de colaboración con grupos sociales, iglesias y organizaciones comunitarias relevantes (clientes, grupos sociales, juntas de vecinos) para cumplir con la misión, fortaleciendo así el fortalecimiento de los acuerdos hechos con los grupos, instituciones y asociaciones y la calidad de los servicios de salud. Mantiene vínculos con grupos de interés importantes como autoridades sanitarias, centros de igual condiciones como hospitales, proveedores, Universidades. con el objetivo de que dichas asociaciones e instituciones tengan conocimiento de nuestras actividades sean promotores de las mismas y también con el objetivo principal de poder colaborarles y/o ayudarle en lo que ellos necesiten o en la forma que lo necesiten. Evidencia: Calendario de reunión del comité de veeduría, listados de participación de las reuniones del comité de veeduría.	
6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.	Nuestra institución siempre está a la disposición de seguir desarrollando, conociendo más y ayudando a quienes lo necesiten por dicha razón participa activamente en actividades vinculadas al sector salud que organizan asociaciones profesionales, grupos, y sobre todo organizaciones o centros relacionados con el sector salud, especialmente con los hospitales, fortaleciendo así el intercambio de conocimientos y más y mejor buena gestión tener mejores oportunidades de mejora. Por dicha razón promueve la participación de los colaboradores en los talleres, los congresos y sobre todo en las capacitaciones que contribuyen al crecimiento profesional de los empleados de nuestro hospital. Evidencia: fotos de las actividades con los grupos de	

	interés.	
7. Aumentan la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización, centrado en las necesidades de los grupos de interés, especialmente, en lo que se refiere la promoción y protección de la salud, control de las enfermedades, otros.	Nuestra institución realiza jornadas de salud, desarrolla campañas educativas y estrategias como publicacion en murales, y redes sociales, de comunicacion sobre prevencion de enfermedades, promoviendo estilos de vida mas saludables y la asistencia oportuna de los servicios de salud fortaleciendo asi la conciencia publica, el reconocimiento de la organizacion y sobre todo la confianza mediante las acciones de promocion prevencion y proteccion de la salud, dirigida directamente a los pacientes y a la ciudad en general.ofrece a ONG, Universidades, Iglesias, grupos sociales y comunitarios, las informaciones y ayuda que ellos necesiten, lo cual aumenta la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización, centrado en las necesidades de los grupos de interés, especialmente, en lo que se refiere la promoción y protección de la salud, control de las enfermedades, otros. Evidencia: campaña, listado de participación, fotos.	

CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN.

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La Organización: I. Identifica las condiciones que deben cumplirse para alcanzar los objetivos estratégicos, mediante el análisis regular del entorno externo, incluido el cambio legal, político, variables socioculturales, económicas y demográficas; factores globales	Nuestra institución realiza un analisis periodico de las condiciones del entorno externo, economico, social, demografico, epidemiologicos e incluso tecnologicos, tambien se verifican los avances en las atenciones sanitarias y se utilizan los resultados obtenidos como soporte para la formulacion y	

como: el cambio climático, los avances médicos y los cambios en la atención al paciente; avances tecnológicos y otros, como insumos para estrategias y planes.	actualización y el seguimiento de los objetivos y los planes que tiene nuestro hospital, esto nos permite anticiparnos a las necesidades de la población y adaptar los servicios a dichas necesidades. Evidencia: Portal de Transparencia, la UCI neonatal, la UCI adultos, planificación familiar, hemodiálisis, pie diabético, oncología, salud mental.	
2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.	Nuestra institución realiza periódicamente encuestas de satisfacción al usuario, tiene buzón de quejas y oficina de libre acceso a la información (OAI) para mantener una constante búsqueda de informaciones para mantener identificadas las expectativas que tienen las personas y así mantener un servicio de salud más especializado para los pacientes y el público en general, con el fin de continuar colaborando con cada uno de ellos de la mejor manera posible. Evidencias: donaciones de la iglesia católica y de Barrick, evaluación de desempeño.	
3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.	Nuestra institución da seguimiento y analiza las reformas normativas, políticas y los lineamientos que se han establecido para el sector salud, con el fin de valorar y poner en práctica todo lo que cause impacto positivo para brindar un mejor servicio a los pacientes y personas o grupos interesados. Evidencias: fotos, acuerdos.	
4. Analiza el desempeño interno y las capacidades de la organización, enfocándose en las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas / riesgos internos. Por ejemplo: análisis FODA, gestión de riesgos, etc.).	Nuestra institución se mantiene analizando y actualizando los cambios que suceden en su desempeño y sus capacidades, identificando las fortalezas para seguir dando lo mejor a cada persona que lo necesite, las debilidades para erradicarlas de nuestra gestión, ver las oportunidades que tenemos y aprovecharlas y los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos que tenemos como institución y la calidad de los	

	servicios de la salud de cada pacientes. Para ellos utiliza como herramientas de evaluacion la Satisfacion de los usuarios a trabaes de formularios de encuatas, realizacion de auditorias, la calidad de los servicios de salud. Evidencias: (OAI) análisis FODA, diagnostico situacional, diagnósticos de las reuniones de los diferentes comités.	
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Traduce la misión y visión en objetivos estratégicos (largo y mediano plazo) y operativos (concretos y a corto plazo) en base a prioridades, a las estrategias nacionales o las relacionadas con el sector que sean establecidas por sus órganos superiores.	Nuestra institución se mantiene innovando y buscando la forma de mantener las actividades en funcion maxima asi que traduce la misión, visión en objetivos estratégicos (largo y mediano plazo) y operativos (concretos y a corto plazo) en base a prioridades, a las estrategias nacionales o las relacionadas con el sector que sean establecidas por sus órganos superiores, estos objetivos se llevan a cavo con el plan operativo de las diferentes areas y servicios, definiendo plazos, responsables directos y metas a travez de la planificacin prrvia se logran obtener los recursos y acciones para la calidad, continuidad y oportunidad de los servicios de salud que ofrese nuestro hospital. Evidencia: POA, fotos, documentos	
2. Involucra los grupos de interés en el desarrollo de la estrategia y de la planificación, incluyendo los usuarios (individuos, familias y comunidades) al igual que otros sectores y subsectores que intervienen en la resolución de los problemas sanitarios, dando prioridad a sus expectativas y necesidades.	Nuestra institución con el fin de coolaborar y ayudar involucra los principales grupos de interés en los procesos de la formacin, revision y seguimiento planificacion, tomando en cuenta las necesidades de los pacientes y de los familiares de los mismos y de la comunidad y tambien del perdonal de salud entre otros, vinculados a la prestacion y continuacion de los Serviciod. en el desarrollo de las estrategias y de la planificación, incluyendo los usuarios (individuos,	

	familias y comunidades) al igual que otros sectores y subsectores que intervienen en la resolución de los problemas sanitarios, dando prioridad a sus expectativas y necesidades. Evidencia: fotos de reuniones.	
3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.	Nuestra institución incorpora criterios de sostenibilidad, responsabilidad social, gestión ambiental, diversidad y inclusión en el plan operativo, estos criterios se reflejan en objetivos, y acciones orientadas al uso efectivo de los recursos, manejo adecuado de los residuos sanitarios, ahorro de agua y energía, igualdad de oportunidades y atención directamente a las necesidades del usuario. Evidencias: programa SAE, 67A	
4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.	Nuestra institución planifica proyectos y actividades para sostener y asegurar la disponibilidad y asignación de recursos para una implementación efectiva de sus planes operativos y estratégicos, tomando en cuenta los recursos financieros, humanos y materiales requeridos para el cumplimiento de los objetivos del hospital. Evidencia: Presupuesto aprobado de la institución, POA, PEI, partidas, planes de contrataciones, aprobaciones.	

SUBCRITERIO 2.3. Comunicar e implementar la estrategia y la planificación en toda la organización y revisarla de forma periódica.

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

Los líderes (directivos y supervisores): 1. Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.	Nuestro centro evalúa minuciosamente e implementa sus estrategias y planifica mediante la definición de las necesidades prioritarias de la institución, estableciendo las actividades a realizar, los objetivos a alcanzar, las metas a lograr, y establece un tiempo. Estas actividades se desarrollan a través del plan operativo anual (POA) donde cada área tiene diferentes responsabilidades para poder lograr los objetivos principales de nuestro hospital. Evidencias: POA, 67-A CAF, Carta Compromiso al Ciudadano.	
2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.	Nuestra institución se mantiene en constante evaluación y seguimiento por lo que elabora planes y tareas con sus respectivos indicadores para las diferentes áreas de la organización. El seguimiento periódico de estos indicadores facilita el proceso de evaluación del cumplimiento de las metas y sobre todo permite que se pueda evitar cualquier desvío o que se pueda corregir cualquier error que ocurra y de esa manera lograr nuestros objetivos. Evidencia: POA, planes de mejora de cada área.	
3. Comunican de forma eficaz los objetivos, las estrategias, los planes de desempeño y los resultados previstos/logrados, dentro de la organización y a otros grupos de interés para garantizar una implementación efectiva.	Nuestra institución cuida ser transparente y eficiente en lo que hace y comunica eficazmente, y dispone de mecanismos y canales de comunicación para dar a conocer los objetivos, las estrategias, los planes y los resultados logrados a los grupos de interés y a todo el personal. La comunicación se realiza por medio de canales digitales y los resultados son comunicados para promover la participación, la transparencia y dar a conocer los avances de nuestra organización. Evidencias: Resultados de la evaluación del POA (matriz del MEP), Resultados de evaluaciones Carta Compromiso al Ciudadano.	

4. Aplican métodos para el monitoreo, medición y/o evaluación periódica de los logros de la organización en todos los niveles (departamentos, funciones y organigrama) para ajustar o actualizar las estrategias, si es necesario.	Nuestra institución trata de mantener su estatus y posición ante la comunidad, siempre realiza un monitoreo, medición y evaluación periódica de los logros de la organización en todos los niveles en las diferentes áreas, el seguimiento se realiza mediante las metas establecidas por la institución y reuniones de revisión. Evidencias: informe 67 A, libros de registros de indicadores por áreas correspondientes, POA, SISMAP.	
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Identifica las necesidades y los motores impulsores de la innovación y el cambio, teniendo en cuenta las oportunidades y la necesidad de la transformación digital.	Nuestra institución identifica las necesidades y factores que impulsan el cambio y la innovación mediante la evaluación de las necesidades de los usuarios, resultados de indicadores, riesgos, cambios normativos, avances tecnológicos y oportunidades de transformación digital. Esta información es utilizada para priorizar proyectos de innovación y mejora orientados a lograr que sean más rápidos y mejores los procesos, fortalecer la calidad y seguridad de la atención y mejorar la experiencia y accesibilidad de los usuarios. Evidencias: correo electrónico, portal de transparencia, Facebook, Instagram.	
2. Construye una cultura impulsada por la innovación y crean un espacio para el desarrollo entre organizaciones, por ejemplo: a través de la formación, el benchmarking/benchlearning, laboratorios de conocimiento, etc.	Nuestra institución fomenta una cultura de innovación y aprendizaje mediante la capacitación, participación de los empleados, intercambio de conocimientos, identificación y difusión de buenas prácticas y desarrollo de planes y proyectos de mejora. Asimismo, promueve el benchmarking y benchlearning con otras organizaciones del sector salud, utilizando las experiencias y resultados	

	obtenidos para adaptar buenas prácticas, fortalecer los procesos institucionales y mejorar la calidad de los servicios. Evidencia: Plan de capacitacion 2026, resultados del POA entre regionales.	
3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.	Nuestra institución con el fin d dar a conocer las actividades que realizamos como institucion cuenta con mecanismos para comunicar a los grupos de interés relevantes su política, iniciativas y proyectos de innovación, así como los resultados obtenidos. La información es difundida mediante reuniones, capacitaciones, informes de gestión, medios digitales, redes institucionales y espacios de rendición de cuentas, promoviendo la transparencia, el aprendizaje y la participación de los diferentes grupos de interés. Evidencias: secciones de trabajo, reuniones de los comités.	
4. Implementa sistemas para generar ideas creativas y alentar propuestas innovadoras de empleados en todos los niveles y otros grupos de interés, que respalden la exploración y la investigación.		En nuestra institución no contamos con la cultura de promover ideas innovadoras y creativas por parte del personal, que respalden la exploración y la investigación.
5. Implementa métodos y procesos innovadores para hacer frente a las nuevas expectativas de los ciudadanos/ clientes y reducir costos, proporcionándoles bienes y/o servicios con un mayor valor agregado.	Nuestra institución atravez de planes y estrategias implementa métodos y procesos innovadores que permiten responder a las nuevas necesidades y expectativas de los pacientes y usuarios, mediante la digitalización, simplificación y rediseño de procesos asistenciales y administrativos. Estas iniciativas contribuyen a un mejor acceso, mas y mejor oportunidad, calidad y seguridad de los servicios, así como a optimizar recursos, reducir tiempos, costos y reprocesos. Los resultados son monitoreados mediante indicadores de eficiencia, calidad y satisfacción de los usuarios. Evidencia: plan de hostelería hospitalaria, plan de	

	mantenimiento, plan de bioseguridad.	
6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	Nuestra institución identifica planifica y gestiona los recursos dinancieros, humanos, tecnológicos, materiales y de infraestructura necesarios para implementar los cambios e iniciativas de innovación previstos. Para lograr disponibilidad de estos recursos se da seguimiento durante la ejecución de los proyectos, permitiendo identificar y gestionar oportunamente las brechas y asegurar la continuidad y efectividad de los cambios implementados. Evidencia: partidas de administración, presupuesto anual.	

CRITERIO 3: PERSONAS

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.	Nuestra institución para mantener cada departamento funcionando de la mejor forma posible y analizando si se necesita nuevos para mantener la innovación cuenta con mecanismos para planificar, gestionar y mejorar los recursos humanos de acuerdo con las necesidades relacionadas directamente con el hospital y los objetivos propuestos, procurando disponer del personal competente y suficiente para garantizar la continuidad y calidad de los servicios de salud. Se evidencia la asignación del personal conforme a las necesidades de las diferentes áreas y servicios, así como acciones orientadas al desarrollo de sus	

	competencias. Evidencia: POA, evaluación de desempeño.	
2. Desarrolla e implementa una política transparente de recursos humanos basada en criterios objetivos para el reclutamiento, promoción, remuneración, desarrollo, delegación, responsabilidades, recompensas y la asignación de funciones gerenciales, teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro.	Nuestra institución analiza y actualiza de acorde a las necesidades de la organización por tal razón desarrolla y aplica una política de gestión de recursos humanos basada en criterios objetivos, transparentes y establecidos en la normativa vigente, considerando las competencias, conocimientos, experiencia y responsabilidades requeridas para el desempeño de cada puesto. Esto permite orientar los procesos de reclutamiento, selección, promoción, asignación de funciones, desarrollo y evaluación del personal, en correspondencia con las necesidades actuales y futuras de la organización. Evidencia: proceso de reclutamiento de personal, incentivos de Senasa, derecho a vacaciones, licencias, etc.	
3. Implementa en la política de recursos humanos, los principios de equidad, neutralidad política, mérito, igualdad de oportunidades, diversidad, responsabilidad social y equilibrio entre el trabajo y la vida laboral.	Nuestra institución implementa su política de Recursos Humanos bajo principios de equidad, igualdad de oportunidades, mérito, diversidad, responsabilidad social y respeto a los derechos de las personas, procurando garantizar un ambiente laboral justo, inclusivo y libre de discriminación. Asimismo, promueve medidas que favorecen el bienestar del personal y el equilibrio entre las responsabilidades laborales y la vida personal, de acuerdo con la normativa vigente. Evidencia: aplicación de encuesta de clima laboral, ascenso.	
4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.		No contamos con la promoción de la carrera.
5. Asegura, que las competencias y capacidades necesarias para lograr la misión, la visión y los	Nuestra institución evalúa minuciosamente el personal que trabaja con nosotros y asegura que las	

valores de la organización sean las adecuadas, centrándose especialmente, en las habilidades sociales, la mentalidad ágil y las habilidades digitales y de innovación	identifica y desarrolla las competencias y capacidades necesarias para que el personal contribuya al cumplimiento de la misión, visión y valores del hospital, considerando tanto las competencias técnicas propias de los servicios de salud como las habilidades sociales, digitales, de innovación, trabajo en equipo, comunicación efectiva, adaptación al cambio y orientación al usuario y familiares. Para ello, se realizan procesos de capacitación, actualización y desarrollo de competencias de acuerdo con las necesidades identificadas. Evidencia: plan de capacitación 2026, expedientes, currículos.	
6. Gestiona el proceso de selección y el desarrollo de la carrera profesional con criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad (por ejemplo: género, discapacidad, edad, raza y religión).	Nuestra institución por medio de personal capacitado y dispuesto a que la empresa continúe creciendo gestiona el proceso de selección y desarrollo de la carrera profesional con criterios de justicia, mérito, igualdad de oportunidades y respeto a la diversidad, garantizando que las decisiones relacionadas con el personal se fundamenten en las competencias, cualificaciones, experiencia y desempeño requeridos para cada puesto. Asimismo, promueve un entorno laboral inclusivo, sin discriminación por razones de género, discapacidad, edad, raza, religión u otras condiciones, de acuerdo con la normativa vigente. Evidencia: Expedientes, currículos.	
7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas	Nuestra institución promueve una cultura enfocada al desempeño mediante la definición de objetivos y metas de trabajo alineados con la misión, visión, valores y objetivos estratégicos institucionales. Estos objetivos son establecidos y comunicados al personal de acuerdo con las funciones y	

	responsabilidades de cada puesto, favoreciendo la participación, el compromiso y la responsabilidad individual en el logro de los resultados. Asimismo, se realiza seguimiento y evaluación del cumplimiento de los objetivos establecidos. Evidencia: acuerdos de desempeño, evaluación de desempeño.	
8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.	Nuestra institución implementa acuerdos de desempeño entre los responsables de las áreas y el personal, en los cuales se establecen objetivos, metas, responsabilidades e indicadores relacionados con las funciones de cada puesto. El desempeño es monitoreado y evaluado de manera sistemática, mediante mecanismos establecidos por la institución, promoviendo espacios de diálogo y retroalimentación entre supervisores y colaboradores para revisar los avances, identificar oportunidades de mejora y acordar acciones para el cumplimiento de los resultados esperados. Evidencia: evaluación de desempeño, acuerdos de desempeño.	
9. Se aplica una política de género como apoyo a la gestión eficaz de los recursos humanos de la organización, por ejemplo: funciona una unidad de género, y acciones relacionadas a esta.	Nuestra institución vela por el bienestar de sus colaboradores promueve la incorporación del enfoque de género en la gestión de los recursos humanos, procurando garantizar la igualdad de oportunidades, la equidad y la no discriminación entre mujeres y hombres. Evidencia: nomina.	

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

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

1. Se implementa una estrategia / plan de desarrollo de recursos humanos basado en la competencia actual y el desarrollo de perfiles competenciales futuros identificados, incluyendo las habilidades docentes y de investigación, el desarrollo de liderazgo y capacidades gerenciales, entre otras.	Nuestra institución busca la forma de mantener la calidad y un buen desempeño así que implementa estrategias y un plan de desarrollo de recursos humanos basado en las competencias actuales y al desarrollo de las capacidades requeridas para responder a las necesidades futuras de la organización. Este proceso considera las competencias técnicas y profesionales propias de los servicios de salud, así como habilidades docentes, de investigación, liderazgo, gestión, trabajo en equipo, innovación y transformación digital. Las necesidades de desarrollo se identifican a partir de los perfiles de puestos, evaluaciones de desempeño, necesidades institucionales y cambios previstos en los servicios. Evidencia: capacitaciones al personal.	
2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.	Nuestra institución guía y acompaña al personal de nuevo ingreso mediante procesos de inducción, orientaciones, tutorías y acompañamiento, para facilitar su integración a la organización y el conocimiento de sus funciones, responsabilidades, normas, procedimientos y cultura institucional. El personal recibe apoyo de sus supervisores, compañeros con experiencia o responsables de las áreas durante el proceso de adaptación, con el propósito de fortalecer sus competencias y asegurar un desempeño adecuado y seguro en la prestación de los servicios de salud. Evidencia: inducción del personal.	
3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.	Nuestra institución con el fin de mantener el dinamismo y crecimiento laboral del personal promueve la movilidad interna y externa de los empleados como mecanismo para fortalecer sus competencias, favorecer el desarrollo profesional y aprovechar adecuadamente el talento humano. Se facilita la participación del personal en procesos de traslado, rotación, promoción, asignación temporal	

	de funciones, intercambios, comisiones de servicio y otras oportunidades de desarrollo, de acuerdo con las necesidades institucionales, las competencias del personal y la normativa vigente. Evidencia: rotación de personal de enfermería, laboratorio, farmacia, médicos, atención al usuario, facturación.	
4. Se desarrollan y promueven métodos modernos de formación (por ejemplo, enfoques multimedia, formación en el puesto de trabajo, formación por medios electrónicos [e-learning], uso de las redes sociales).	Nuestra institución para mantener mejores metodos para las actividades que realiza cada empleado y mantener la organizacion mejor y mas actualizada promueve la movilidad interna y externa de los empleados como mecanismo para fortalecer sus competencias, favorecer el desarrollo profesional y optimizar el aprovechamiento del talento humano. Se facilita la participación del personal en procesos de traslado, rotación, promoción, asignación temporal de funciones, intercambios, comisiones de servicio y otras oportunidades de aprendizaje y desarrollo, tomando en consideración las competencias del personal, las necesidades institucionales y las disposiciones establecidas en la normativa vigente. Evidencia: Listado de participación y fotos de capacitaciones de personal.	
5. Se planifican las actividades formativas en atención al usuario y el desarrollo de técnicas de comunicación en las áreas de gestión de riesgos, conflictos de interés, gestión de la diversidad, enfoque de género y ética.	Nuestra institución planifica y desarrolla actividades formativas orientadas a fortalecer las competencias del personal en la comunicacion efectiva, manejo de conflictos, atencion al usuario y manejo de buenos valores especialmente etica e integridad. Estas acciones van de las mano con las necesidades identificadas en el hospital y buscan mejorar la calidad de la atención, prevenir situaciones de riesgo y conflicto, promover relaciones laborales respetuosas y garantizar un servicio de salud humanizado, inclusivo y centrado en las necesidades de los usuarios.	

	Evidencia: Levantamiento de necesidades de capacitaciones por departamentos, capacitaciones al personal, listados de participación, fotos.	
6. Se evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros (gestión del conocimiento), en relación con el costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/beneficio.		No se evalúa el impacto de los programas de formación en relación con el costo de actividades por medio del análisis costo/beneficio.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se implementa un sistema de información que promueve una cultura de diálogo y comunicación abierta, que propicia el aporte de ideas de los empleados y fomenta el trabajo en equipo.	Nuestra institución capacita y forma al personal cuenta con mecanismos de información y comunicación interna que favorecen una cultura de diálogo abierto y participación de los empleados. Estos espacios permiten compartir información, aportar ideas y sugerencias, identificar oportunidades de mejora y fortalecer el trabajo en equipo entre las diferentes áreas y servicios. Evidencia: reuniones de los comités hospitalarios.	
2. Se crea las condiciones para que el personal tenga un rol activo dentro de la organización, por ejemplo, en el diseño y desarrollo de planes, estrategias, objetivos y procesos; en la identificación e implementación de actividades de mejora e innovación, etc.	Nuestra institución promueve la participación activa del personal en la planificación y gestión institucional, creando espacios para que los colaboradores aporten ideas y participen en el diseño y desarrollo de planes, estrategias, objetivos y procesos. Asimismo, se fomenta su involucramiento en la identificación e implementación de acciones de mejora e innovación orientadas a fortalecer la calidad de los servicios de salud. Evidencia: planes de mejora de las diferentes áreas.	
3. Se realiza periódicamente encuestas a los empleados para medir el clima laboral y los niveles de satisfacción del personal y se	Nuestra institución con el objetivo de mantener un ambiente afable y amistoso se aplica	

publican los resultados y acciones de mejora derivadas.	periódicamente encuestas para medir el clima laboral y los niveles de satisfacción del personal, cuyos resultados son analizados y socializados con los colaboradores. Y dependiendo las respuestas dadas se establecen acciones de mejora orientadas a fortalecer el bienestar, la motivación, la comunicación, las relaciones laborales y el compromiso del personal. Evidencia: encuesta de clima laboral.	
4. Se asegura buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos para garantizar la bioseguridad y otras condiciones de riesgo laboral.	Nuestra institución con las reuniones, talleres y capacitaciones garantiza condiciones ambientales y de seguridad adecuadas para el desarrollo de las actividades laborales, implementando medidas de prevención y control de riesgos, bioseguridad, higiene y protección de la salud del personal. Se identifican y gestionan los riesgos laborales propios de los servicios de salud, promoviendo ambientes de trabajo seguros para empleados y usuarios. Evidencia: comité de bioseguridad, charlas, listado de participación.	
5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.	Nuestra institución respeta el espacio personal y familiar de su personal asegura que las condiciones sean propicias para lograr un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida de los empleados, facilitando a los cabezas de cada área una flota para uso de las actividades laborales, realizando correos institucional, utilizando las redes sociales especialmente grupos de whatsapp que permite información colectiva. Evidencia: horario de trabajo de acuerdo al puesto, ponche.	
6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.		No se realiza.
7. Se aplican métodos para recompensar y motivar		No se realiza.

a las personas de una forma no monetaria (por ejemplo, mediante la revisión periódica de los beneficios, apoyando las actividades sociales, culturales y deportivas u otro tipo.		
--	--	--

CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.

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

SUBCRITERIO 4.1. Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Los líderes de la organización: 1. Identifican a socios clave del sector privado, de la sociedad civil y del sector público para construir relaciones sostenibles basadas en la confianza, el diálogo, la apertura y establecer el tipo de relaciones. Por ejemplo: Proveedores de equipos, insumos o servicios; universidades; grupos de voluntariados, organizaciones comunitarias, y sociedad civil, organismos internacionales, ARS, etc.).	Nuestra institución se quiere apoyar y a la vez dar a conocer las actividades que realizamos para y por la comunidad es por esta razón que identifica y gestiona socios clave de los sectores público, privado y de la sociedad civil, estableciendo relaciones sostenibles basadas en la confianza, el diálogo, la cooperación y la transparencia. Estas alianzas contribuyen al cumplimiento de los objetivos institucionales y al fortalecimiento de los servicios de salud, incluyendo proveedores, universidades, organizaciones comunitarias, grupos de voluntariado, organismos internacionales, ARS y otras entidades relevantes. Evidencia: donaciones.	
2. Desarrollan y gestionan acuerdos de colaboración, teniendo en cuenta el potencial de diferentes socios para lograr un beneficio mutuo y apoyarse mutuamente, con experiencia, recursos y conocimiento; incluyendo intercambiar buenas prácticas, servicios en redes y los diferentes aspectos de la responsabilidad social, entre otros. Por ejemplo: Laboratorios, Centros de Salud, etc.	Nuestra institución para continuar brindando un mejor servicio desarrolla y gestiona acuerdos de colaboración con organizaciones del sector salud y otros sectores, aprovechando sus recursos, experiencia y conocimientos para generar beneficios mutuos y fortalecer la calidad y continuidad de los servicios. Estas alianzas permiten el intercambio de buenas prácticas, apoyo técnico, capacitación, prestación complementaria de servicios, referencia y contrarreferencia de usuarios y desarrollo de acciones de responsabilidad social.	

	Evidencia: tenemos acuerdos con el ayuntamiento de desaparición de desechos utilizando fundas negras y rojas.	
3. Definen el rol y las responsabilidades de cada socio, incluidos los controles, evaluaciones y revisiones; monitorea los resultados e impactos de las alianzas sistemáticamente.		No se realiza.
4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.		No se realiza.
5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.	Nuestra institución desarrolla sus procesos de contratación pública bajo principios de transparencia, igualdad, ética, responsabilidad y cumplimiento de la normativa vigente, procurando seleccionar proveedores que cumplan los requisitos legales, técnicos y administrativos y que mantengan prácticas socialmente responsables, en coherencia con los valores institucionales. Evidencia: SISCOMPRA	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Incentiva la participación y colaboración activa de los pacientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización (co-diseño, co-decisión y coevaluación) usando medios apropiados. Por ejemplo: a través de buscar activamente ideas, sugerencias y quejas; grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión, comités de calidad, buzón de quejas; asumir funciones en la prestación de servicios; otros.	Nuestra institución formula estrategias para mantener alianzas y fomenta la participación y colaboración activa de los pacientes, familiares y sus representantes mediante encuestas, consultas, buzones de sugerencias y quejas, grupos de participación y otros mecanismos de escucha. Los resultados obtenidos son analizados y utilizados para identificar necesidades, mejorar los procesos y fortalecer la calidad, seguridad y humanización de los servicios de salud.	

	Evidencia: encuesta general de satisfacción, buzones de quejas y sugerencias, línea 311.	
2. Garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización, derechos y deberes de los pacientes, etc.	Nuestra institución promueve la transparencia mediante una política de información proactiva, proporcionando a los pacientes, familiares y ciudadanía información clara, accesible y actualizada sobre los servicios, requisitos y horarios de atención, derechos y deberes de los pacientes, canales de participación, quejas y sugerencias, así como información institucional de carácter público y datos abiertos, cuando corresponda. Evidencia: portal de transparencia, página web.	
3. Desarrolla una gestión eficaz de las expectativas, explicando a los pacientes los servicios disponibles y sus estándares de calidad, como, por ejemplo: el Catálogo de Servicios y las Cartas Compromiso de Servicios al Ciudadano.	Nuestra institución a través de murales, redes y en capacitaciones del personal desarrolla gestiona las expectativas de los pacientes mediante información clara y accesible sobre los servicios disponibles, requisitos, horarios y estándares de calidad. A través del catálogo de servicios y la carta compromiso, cuando corresponda, comunica los compromisos asumidos y facilita que los usuarios conozcan los niveles de atención y calidad que pueden esperar. Evidencia: cartera de servicio publicada y actualizada en la sala de espera de atención al usuario, carta compromiso al ciudadano.	

SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.	Nuestra institución por medio de planificaciones y planteamientos cuenta con una gestión financiera alineada con los objetivos del hospital, manteniendo un enfoque orientado a la ejecución y asignación de los recursos hacia las principales prioridades como el fortalecimiento de los servicios y una mejor calidad de los mismos, procurando el uso transparente y eficiente de los recursos disponibles. Evidencia: POA, presupuesto anual.	
2. Se realiza esfuerzos por mejorar continuamente los niveles de eficiencia y la sustentabilidad financiera, mediante la racionalización en el uso de los recursos financieros y económicos, como, por ejemplo: Control de inventario y almacenamiento de medicamentos e insumos médicos, equipos y otros; el control de la facturación para evitar pérdidas significativas en el registro de los procedimientos realizados a pacientes (glosas); mejoras en las condiciones de habitación y servicios para aumentar la capacidad de ser Contratados por ARS, etc.	Nuestra institución implementa acciones para mejorar el uso racional y eficiente de los recursos económicos y financieros, una de las formas más efectivas es manteniendo un control del inventario de los medicamentos e insumos médicos designando una cantidad de insumos para las diferentes áreas y utilizando los medicamentos necesarios luego de haber hecho la evaluación correspondiente al paciente, así mismo poniendo en práctica el mejoramiento de los servicios, nos ayuda con la reducción de pérdidas y con el fortalecimiento de la sostenibilidad financiera de nuestro hospital. Evidencia: inventario de medicamentos e insumos médicos, informes de seguimiento sobre las glosas médicas, contratos de ARS.	
3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.	Nuestra institución por medio de la planificación y estrategias fortalece la sostenibilidad, realizando análisis de los riesgos asociados a las decisiones financieras y la elaboración de un presupuesto equilibrado, teniendo en cuenta los objetivos financieros y las prioridades de asistencia, que contribuyen con la calidad y el desarrollo del hospital. Evidencia: presupuesto anual.	

4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible.	Nuestra institución mediante informes y evidencias garantiza la transparencia financiera y presupuestaria generando revisión y divulgación constante de la ejecución y los resultados del presupuesto financiero, esta información se presenta de manera clara y comprensibles para todos los interesados. Evidencia: portal de transparencia.	
5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.	Nuestro hospital para dar a conocer como evoluciona cuenta con herramientas para conservar, compartir información y para gestionar el conocimiento institucional, realizando procesos y procedimientos documentados que facilitan la continuidad y el seguimiento de los procesos, para tomar mejores decisiones, fortalecer la capacidad de superar situaciones difíciles y flexibilidad. Evidencia: Informe 67A	

SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Ha creado una organización de aprendizaje que proporciona sistemas, procesos y procedimientos (protocolos) para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la resiliencia y la flexibilidad de la organización.	Nuestra institución desarrolla un sistema que crea una organización con mecanismos establecidos para gestionar la información y el conocimiento del hospital, ejecutando procesos que permiten recolectar, organizar, proteger y compartir las informaciones más relevantes para los interesados. Evidencia: informe 67a, sistemas de vigilancia, epidemiología, APII, carpetas divididas por área, también con la implementación del POA.	
2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.	Nuestra institución para ser tomada en cuenta para brindar un servicio de mejor calidad a nuestros usuarios dispone de mecanismos para recolectar, procesar, analizar, utilizar y almacenar información	

	externa importantes para el hospital, garantizando su disponibilidad y uso oportuno como apoyo a la toma de decisiones, al cumplimiento de requisitos normativos y a la mejora continua de los servicios. Evidencia: informe 67A.	
3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.	Nuestra institución para mantenerse actualizado en el tiempo utiliza herramientas y plataformas digitales para gestionar y compartir el conocimiento, mejorar el acceso a la información y fortalecer las competencias digitales del personal, facilitando la modernización de los procesos y la mejora continua de los servicios. Evidencia. Capacitaciones.	
4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.	Nuestra institución para innovar en las cosas buenas que hace y poner en practica las que aun no hace promueve la gestión colaborativa del conocimiento mediante su participación en redes, mesas técnicas, espacios de intercambio y alianzas con actores del sector salud y otros grupos de interés, facilitando la obtención de información externa, el intercambio de buenas prácticas y la generación de aportes creativos orientados a la innovación y mejora continua. Evidencia: zoom, whatsapp.	
5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.	Nuestro hospital se mantiene en constante cambios que permiten evolucionar como institucion por tal razon monitorea de manera constante la información y el conocimiento organizacional mediante sistemas de información, indicadores y mecanismos de validación y control, garantizando que los datos utilizados para la gestión sean relevantes, actualizados, correctos, confiables y protegidos. Evidencia: seguimiento a los planes de mejora por departamento.	

6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.	Nuestro hospital con el fin de mantener un ambiente laboral más saludable y en igualdad de importancia desarrolla y utiliza diferentes canales internos de comunicación que facilitan el acceso oportuno y equitativo de los empleados como son las redes sociales, en especial vía WhatsApp, la página web, y el correo institucional, a través de estos obtienen las informaciones y conocimientos relevantes. Evidencia. Envío de comunicaciones escritas a todo el personal, murales, grupos de WhatsApp.	
7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.	En nuestra institución con el propósito de que se puedan ayudar mutuamente las diferentes áreas se promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización. Establece el marco de valores institucionales alineado con la misión y la visión de la organización, respetando que los principios y valores del sector público, específicamente del sector salud, tales como: universalidad, humanización, la integridad e integralidad, solidaridad, eficacia, la transparencia, la innovación, la responsabilidad social, la inclusión y la sostenibilidad, el estado de derecho, el enfoque ciudadano, la diversidad y la equidad de género, un entorno laboral justo, la prevención integrada de la corrupción, entre otros, sean la corriente principal de las estrategias y actividades de la organización. Evidencia: mesas de trabajo, listado de participación, fotos, plan de capacitación.	
8. Asegura el acceso y el intercambio de información relevante y datos abiertos con todas las partes interesadas externas de manera fácil de usar, teniendo en cuenta las necesidades específicas.	Nuestra institución permite a las partes interesadas del exterior, acceder y intercambiar las informaciones relevantes mediante las redes sociales, los medios de comunicación radial, televisado y vigila que dichas informaciones sean	

	emitidas con claridad, que este actualizada que no sea una informacion que ya ha sido modificada y que sea de facil acceso y utilizacion. para que todos tengan la informacion veraz y a mano. Evidencia: portal de transparencia, página web.	
9. Asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que se van que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización.	Nuestra institución cuenta con un mecanismo que asegura que el conocimiento clave de los empleados que dejan de laborar en el hospital se retiene dentro de la misma, por medio de la entrega formal de los cargos o puestos a ocupar, transferencias de conocimiento y la conservacion de los documentos y registros fisicos y de forma virtual. Evidencia: carta de renuncia y contamos con un archivo de personal en el dpto. De RR.HH.	

SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.	Nuestra institución diseña y planifica la gestion tecnologica intalando sistema para un mejor funcionamiento para poder lograr los ojetivos operativos poniendo como prioridad las necesidades de las diferentes areas y tomando en cuenta los recursos disponibles para la tecnologias que constribuyen con el proceso y una mejor eficiencia del hospital. Evidencia: SIP	
2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.		No se evalúa sistemáticamente la rentabilidad costo-efectividad de las tecnologías usadas y su impacto.
3. Identifica y usa nuevas tecnologías, relevantes para la organización, implementando datos abiertos y aplicaciones de código abierto cuando sea apropiado (Big data, automatización,	Nuestra institución continua evolucionando en el tiempo y identifica e incorpora nuevas tecnologias muy importante para mejorar los procesos y los servicios qye brinda entre esas tecnologias podemos	

robótica, análisis de datos, etc.).	mencionar sistemas para llevar procesos médicos como emergencias, internamientos, ambulatorios. Estos favorecen a una mejor eficiencia y la toma de decisiones basadas en informaciones concretas. Evidencia: portal de transparencia.	
4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.	Nuestra institución utiliza nuevas formas de mantener el contacto directo entre empleados, organización y las personas que requieren nuestros servicios e informaciones, herramientas tecnológicas incluyendo las copias de los correos a dirección y otros departamentos, innovación y participación de los empleados y las personas interesadas. Evidencia: portal de transparencia.	
5. Aplica las TIC para mejorar los servicios internos y externos y proporcionar servicios en línea de una manera inteligente en procura de satisfacer las necesidades y expectativas de los grupos de interés.	Nuestra institución aplica las TIC para mejorar los servicios internos y externos, facilitando a los colaboradores, pacientes y de más grupos e intereses el libre acceso a la información, trámites que se hacen y servicios que se brindan por medio de los canales digitales. Esta herramienta es muy útil y contribuye a que las atenciones sean más eficientes, accesibles y muy oportunas enfocadas a responder a sus necesidades y expectativas. Evidencia: correo electrónico, Portal de transparencia.	
6. Toma medidas para proporcionar protección efectiva de datos y seguridad cibernética, implementando normas/protocolos para la protección de datos, que garanticen el equilibrio entre la provisión de datos abiertos y la protección de datos.	Nuestra institución para mantener las informaciones confidenciales implementa normas o protocolos y otras medidas para la protección efectiva de la data y la seguridad cibernética mediante controles de acceso, respaldo de información y capacitación del personal, de la misma manera garantiza que la información pública y los datos abiertos al libre acceso no comprometan la confidencialidad de los datos personales. Evidencia: claves de seguridad, claves de usuarios.	

7. Toma en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC, por ejemplo: la gestión de residuos de cartuchos, accesibilidad reducida por usuarios no electrónico, etc.		No se toma en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC.
8. Gestiona los procesos del SUGEMI acorde al modelo de atención que permita un abordaje de organización y la razón de mejorar los resultados para garantizar el acceso a medicamentos de calidad.	En nuestra institución se gestiona los procesos del SUGEMI de manera organizada, realizando la planificación, llevando el control y dándole el seguimiento de los medicamentos e insumos conforme con las necesidades de los servicios. Esto ayuda a tener una mejor disponibilidad, distribución y uso adecuado de los medicamentos de calidad. Evidencia: matriz de SUGEMI.	

SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Garantiza la provisión y el mantenimiento efectivo, eficiente y sostenible de todas las instalaciones (edificios, oficinas, suministro de energía, equipos, medios de transporte y materiales).	Nuestra institución planifica y ejecuta acciones de mantenimiento para prevenir y corregir como una forma de garantizar que las instalaciones, los equipos, los servicios básicos y los recursos materiales se encuentren disponibles y sobre todo	

	en condiciones adversas para prestar el servicio de una forma segura y eficiente. Evidencia: plan de mantenimiento.	
2. Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.	Nuestra institución proporciona instalaciones seguras, funcionales y sobre todo accesibles para todo el que necesite utilizarlas, empleados, visitantes y para los pacientes y ciudadanos en general, manteniendo la infraestructura en condiciones adecuadas, higiene y seguridad. No se le niega la entrada a nadie toda persona puede acceder a las instalaciones siempre que cumpla con las normas y leyes que tiene nuestro centro hospitalario. Evidencia: entradas libres, fotos, cámaras de seguridad, alarma, señalización de parqueos.	
3. Aplica la política de ciclo de vida en un sistema integrado de gestión de instalaciones (edificios, equipos técnicos, etc.), que incluye su reutilización, reciclaje o eliminación segura.	Nuestra institución aplica medidas y procesos para gestionar el ciclo de vida de sus instalaciones, de los equipos que posee y de todos los recursos físicos, desde su adquisición y mantenimiento hasta su renovación o reciclaje. Estas medidas se utilizan con el fin de prolongar la vida útil de los activos y así colaborar con el cuidado del medio ambiente. Evidencia: reporte de mantenimiento.	
4. Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).	Nuestra institución tomando en cuenta las asociaciones externas como las iglesias, grupos sociales, culturales y instituciones públicas y privadas, gestiona que las instalaciones del hospital brinden un valor público agregado, cuenta con los equipos necesarios para las diferentes áreas y los recursos físicos, reparándolos cuando se necesita, dándole mantenimiento, reutilizándolos, reciclándolos y cuando es necesario adquiriendo nuevos y mejores. Evidencia: se utiliza el salón de conferencias para que diferentes entidades realicen actividades, se	

	evidencia a través de fotos y listados de participación.	
5.Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.		No se realiza.
6.Garantiza la adecuada accesibilidad física a los edificios de acuerdo con las necesidades y expectativas de los empleados y de los pacientes (por ejemplo, acceso a aparcamiento o transporte público).	Nuestra institución dispone de condiciones accesibilidad física que facilitan el ingreso y el desplazamiento a las diferentes áreas de las instalaciones del hospital a los empleados, pacientes, familiares de pacientes y visitantes, también el acceso a las personas discapacitadas, a los adultos mayores y a personas con movilidad reducida. Evidencia: tenemos parqueos adecuados, señalizados, pavimentados.	
7.Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.	Nuestra institución con el objetivo de evitar que los desastres naturales y/o riesgos sociales, dispone un comité definido y un plan para la gestión de riesgos y/o desastres que establecen las acciones de prevención, preparación recuperación y respuesta ante cualquier situación de emergencia. Se realizan capacitaciones y simulacros que fortalecen la capacidad institucional para proteger pacientes, visitantes empleados e incluso las mismas instalaciones. Evidencia: plan de emergencias y desastres.	
8.Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)	Nuestro hospital para mantener las edificaciones y los mobiliarios y equipos cuenta con un plan de mantenimiento Preventivo y Correctivo para la Infraestructura y Mobiliarios con una programación responsable y mecanismos de seguimiento, se le da prioridad a las áreas más críticas y de mayores riesgos. Evidencia: plan de mantenimiento preventivo.	

9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).		No contamos con este programa.
10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.	Nuestra institución implementa un programa de saneamiento y gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios usa algunos mecanismos adecuados para la recolección, segregación, almacenamiento y la disposición final de los residuos generados, siempre tomando en cuenta la higiene y reduciendo los riesgos para pacientes, empleados, visitantes, familiares y sobre todo protegiendo el medio ambiente. Evidencia: plan de bioseguridad hospitalaria, comité de bioseguridad.	

CRITERIO 5: PROCESOS.

Considere lo que la organización hace para lograr lo siguiente:

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La organización: I. Tiene identificados claramente sus procesos en un mapa y los propietarios de cada proceso (las personas que controlan todos los pasos del proceso) y les asignan responsabilidades y competencias.	Nuestro hospital para mantener el orden y darle prioridad a las cosas más necesarias cuenta con un mapa de procesos institucional actualizado, en el que se encuentran plasmados los procesos estratégicos, de misión y de apoyo, así como también las interrelaciones. Cada proceso tiene asignado un responsable, con cada una de las funciones definidas en los documentos institucionales correspondientes. Este mapa permite establecer responsabilidades para una mejor gestión y con el seguimiento a la evolución del proceso brindamos un mejor servicio de salud. Evidencia: Mapas de procesos	

2. Los procesos clave son descritos, documentados y simplificados, de forma continua, en torno a las necesidades y opiniones de los pacientes, para garantizar una estructura organizativa y gestión ágil y eficiente.	En nuestra institución tiene definidos y documentados sus procesos clave relacionados con la prestación de los servicios de hospitalarios o de salud y realiza revisiones constantes orientadas a su simplificación y mejora. Por lo que, considera las necesidades, expectativas y opiniones de los pacientes, identificadas mediante encuestas de satisfacción, quejas, sugerencias, reclamaciones y otros mecanismos de participación. Estas acciones contribuyen a una gestión más ágil, eficiente y orientada a mejorar la experiencia y satisfacción de los pacientes. Evidencia: procesos documentados de quejas y sugerencias.	
3. Impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización, prestando atención a las buenas prácticas nacionales e internacionales e involucrando a grupos de interés relevantes, a fin de satisfacer a los pacientes y sus familiares, al personal y a otros grupos de interés, generando valor agregado.	Nuestra Institución realiza la Identificación de buenas prácticas que permitan innovar y optimizar los procesos y alimentar en función del Procedimiento aprobado involucrando progresivamente herramientas tecnológicas y oportunidades de digitalización. Asimismo, considera buenas prácticas en el territorio nacional y promueve la participación de las iglesias, grupos sociales, otras instituciones pública y privadas relevantes en la identificación de oportunidades para mejorar en la prestación de los servicios, mejorar el acceso a la información, optimizar los recursos y fortalecer la satisfacción de los pacientes, sus familiares, el personal y demás grupos de interés. Evidencia: Matriz de identificación de las buenas prácticas.	

4. Analiza y evalúa los procesos, los riesgos y factores críticos de éxito, regularmente, teniendo en cuenta los objetivos de la organización y su entorno cambiante, y asignando los recursos necesarios para alcanzar los objetivos establecidos.	Nuestra institución a fin de mantener la calidad en el servicio realiza de manera constante un análisis interno y evaluación de sus procesos, considerando lo importante que es cumplir los objetivos institucionales, los riesgos asociados, los factores críticos de éxito y los cambios que puedan afectar el cumplimiento de sus resultados. Por medio de estos análisis se establecen acciones de prevención, control y mejora, y se gestionan los recursos humanos, financieros, tecnológicos y materiales necesarios para alcanzar los objetivos y seguir brindando un servicio de calidad. Evidencia: aplicación de las guías de Protocolos en las diferentes áreas críticas.	
5. Establece indicadores de resultados para monitorear la eficacia de los procesos (por ejemplo: carta de servicios, compromisos de desempeño, acuerdos sobre el nivel de los servicios, etc.).	Nuestra institución además de formar el personal para las diferentes áreas donde se desempeñan realizando talleres y capacitaciones, establece indicadores de resultados para monitorear de manera periódica el rendimiento de sus procesos, especialmente aquellos relacionados con la prestación de los servicios de salud. Los indicadores permiten medir el cumplimiento de metas y compromisos del hospital en aspectos como oportunidad, calidad, accesibilidad, satisfacción de los pacientes, tiempos de espera y cumplimiento de los objetivos establecidos. Los resultados son analizados por los responsables de los procesos y utilizados para la toma de decisiones y la implementación de acciones para mejorar los servicios. Evidencia: tenemos cartera de servicio actualizada y publicada en atención al usuario, carta compromiso actualizada.	

6. Implementa un sistema de información en la provisión de servicios y el control epidemiológico eficaz, mediante la socialización y control de los Protocolos y Normas, las Medidas Sanitarias, la Articulación de la Red (Sistema de referencia y contrareferencia), el expediente clínico integral. (Expediente único) entre otros.	Nuestra institución vela por mantener fuera de cualquier peligro de contagio o exposición al mismo, implementa y utiliza un sistemas de información para apoyar la provisión de servicios de salud, el seguimiento y control epidemiológico y la gestión de los procesos asistenciales. Cuenta con medidas específicas para la socialización y aplicación de protocolos, normas y medidas sanitarias, así como con procedimientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes dentro de la red de servicios. Por dicha razón, promueve el uso de un expediente clínico integral y único, permitiendo disponer de información oportuna y organizada para la continuidad de la atención, la toma de decisiones y el seguimiento de los pacientes y poder brindar un mejor servicio. Evidencia: matriz de referencia y contra referencia, expediente único integral.	
7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.	Nuestra institución gestiona y da seguimiento al proceso de habilitación de los establecimientos de salud que conforman la Red, promoviendo el cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos por la autoridad sanitaria. Se realizan acciones de seguimiento, verificación y mejora de las condiciones de infraestructura, equipamiento, recursos humanos, servicios y documentación requeridas para la habilitación, identificando oportunamente las brechas y estableciendo planes de acción para su cierre, con el propósito de garantizar la calidad y seguridad de los servicios ofertados a la población en nuestro centro hospitalario. Evidencia: habilitación del hospital.	

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

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

Documento Externo
SGC-MAP

1. Identifica, diseña, entrega y mejora los servicios y productos, utilizando métodos innovadores e involucrando a los pacientes y grupos de interés para identificar y satisfacer sus necesidades y expectativas. Por ejemplo: por medio de encuestas, retroalimentación, grupos focales, procedimientos de gestión de reclamos, aplicando la diversidad y la gestión de género, otros.	Nuestra institución identifica, diseña, entrega y mejora sus servicios de salud considerando las necesidades, expectativas y características de los pacientes, sus familiares y demás grupos de interés. Para ello, utiliza diferentes mecanismos de participación y retroalimentación, tales como encuestas de satisfacción, buzón de quejas, reclamaciones y sugerencias y otros espacios. Los resultados obtenidos a través de estas son analizados y utilizados para introducir mejoras e innovaciones en los servicios, promoviendo una atención accesible, inclusiva, equitativa y orientada a las necesidades de los usuarios. Evidencia: encuesta general de satisfacción, link de las encuestas.	
2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.		No gestionamos el ciclo de vida de los servicios y productos.
3. Promueve la accesibilidad a los productos y servicios de la organización. Por ejemplo: acceso en línea a los servicios o mediante el uso de aplicaciones móviles, horarios de consultas flexibles, atención domiciliaria o comunitaria; documentos en variedad de formatos (papel y/o en versión electrónica, idiomas apropiados, carteles, folletos, tableros de anuncios en Braille y audio), otros.	Nuestra institución realiza talleres y permite a grupos de la iglesia, grupos sociales, instituciones etc... dar a conocer los servicios que realiza y promueve la accesibilidad a los productos y servicios de la organización. Por ejemplo: acceso en línea a los servicios o mediante el uso de mecanismos que facilitan el acceso oportuno de los pacientes y sus familiares. Para ello, implementa alternativas como la programación y consulta de servicios por medios citas previas, horarios de atención establecidos de acuerdo con las necesidades de los usuarios, así como la disponibilidad de información en diferentes formatos y medios de comunicación y redes sociales. Estas acciones contribuyen a reducir barreras de acceso y favorecen una atención equitativa, inclusiva y centrada en las necesidades de los usuarios. Evidencia: cartera de servicio publicada en la sala de espera, página web.	

--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.	Nuestra institución con el objetivo de que los pacientes terminen sus procesos o puedan dar continuidad a su procesos de salud coordina de manera articulada entre las diferentes áreas y servicios internos, así como con otras organizaciones que participan en la cadena de prestación de los servicios de salud. Esta coordinación permite establecer mecanismos de comunicación, referencia y contrarreferencia, intercambio de información y seguimiento de los pacientes, favoreciendo la continuidad de la atención, evitando duplicidad de esfuerzos y mejorando la oportunidad, calidad y eficiencia de los servicios. Evidencia: cumplimos con las normas establecidas del servicio nacional de salud normas internas de la organización.	
2. Participa en un sistema compartido con otros socios de la cadena de prestación de servicios, para coordinar procesos de la misma cadena de entrega, facilitar el intercambio de datos y servicios compartidos, como, por ejemplo: las Redes Integradas de Salud, las Mesas de Seguridad, Ciudadanía y Género de la localidad y otras.	Nuestra institución vela por el bienestar de sus paciente, participa en espacios de coordinación compartido con otras organizaciones y actores de la cadena de prestación de servicios de salud, contribuyendo a una mejor articulación de los procesos y a la continuidad de la atención. Participa en las Redes Integradas de Salud y en espacios interinstitucionales de coordinación, cuando corresponde, facilitando el intercambio de información, la articulación de servicios, la	

	identificación conjunta de necesidades y la implementación de acciones coordinadas. Estas iniciativas favorecen una respuesta integral y oportuna a las necesidades de los pacientes y de la comunidad en general. Evidencia: tenemos acuerdos con SENASA subsidiado y contributivo.	
3. Crea grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas. Por ejemplo: con las ARS, Laboratorios, Proveedoras de productos y servicios médicos, de mantenimiento, etc.	Nuestra institución a fin de evitar el deterioro de la salud y/o malos ratos a los pacientes, establece mecanismos de coordinación y grupos de trabajo con organizaciones sociales y de salud, proveedores de materiales y insumos y otros socios estratégicos vinculados a la prestación de los servicios de salud, con el propósito de identificar, analizar y solucionar situaciones que puedan afectar la continuidad, calidad y oportunidad de los servicios. Estos espacios permiten abordar de manera conjunta temas relacionados con las ARS, laboratorios, proveedores de medicamentos e insumos, equipos médicos, mantenimiento y otros servicios de apoyo, promoviendo la búsqueda de soluciones, el seguimiento de compromisos y seguir mejorando en los procesos. Evidencia: Mesas de trabajo con Sena	
4. Desarrolla asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas estatales y públicas) sector privado y de ONG para la prestación de servicios coordinados.	Nuestra institución para mantener informada y formada por medio de reuniones, talleres y acceso a nuestros servicios, instalaciones y estructuras utiliza y mantiene alianzas estratégicas con organizaciones de los diferentes niveles de gobierno, empresas e instituciones públicas y privadas, así como con organizaciones no gubernamentales y otros actores sociales, con el propósito de coordinar acciones y complementar la prestación de los servicios de salud. Estas asociaciones permiten aprovechar recursos, conocimientos y capacidades de los diferentes actores para desarrollar acciones de	

	promoción, prevención, atención y respuesta a las necesidades de la población, fortaleciendo la cobertura, oportunidad y calidad de los servicios que brindamos. Evidencia: cartas, correos electrónicos.	
--	---	--

CRITERIOS DE RESULTADOS

CRITERIO 6: RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS/ CLIENTES.

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

SUBCRITERIO 6.1. Mediciones de la percepción

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. La imagen global de la organización y su reputación pública (por ejemplo: percepción o retroalimentación sobre diferentes aspectos del desempeño de la organización: Comportamiento de los directivos y del personal, opinión de los servicios, sobre los		No tenemos mediciones de la imagen global de la organización y su reputación pública.

sistemas de comunicación e información, imagen física de la infraestructura, seguimiento de los protocolos y manejo de desechos contaminantes, otros.)		
2. Orientación al usuario / paciente que muestra el personal. (amabilidad, trato equitativo, comportamiento con los familiares, apertura, claridad de la información facilitada, predisposición de los empleados a escuchar, recepción, flexibilidad, atención oportuna, y capacidad para facilitar soluciones personalizadas).	En nuestra institución orientamos al ciudadano /cliente sobre el enfoque del personal a su atención. (Amabilidad, trato equitativo, atención oportuna, claridad de la información facilitada y capacidad para facilitar soluciones personalizadas. Evidencia: 95.08% en el primer semestre en las encuestas de satisfacción al usuario.	
3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.		No tenemos mediciones de este proceso.
4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).		No tenemos mediciones de este proceso.
5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.		No tenemos mediciones de este proceso.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Accesibilidad a los servicios físicos y digitales (acceso con transporte público, acceso para personas con discapacidad, horarios de consulta, de visita; tiempo de espera, ventanilla única, costo de los servicios, etc.).	Nuestra institución cumple en el mes de abril con un 95.5% con la accesibilidad a los servicios físicos y digitales (acceso a transporte público, acceso para personas con discapacidad, horarios de apertura, etc. Evidencia: encuesta general de satisfacción, fotos de rampas en las entradas, horario de apertura de los servicios.	
2. Calidad de los productos y servicios (cumplimiento de los estándares de calidad, y	Nuestra institución cumple en el mes de abril con un 100% con los estándares de calidad de los productos	

agilidad en el tiempo de entrega de citas, resultados, funcionamiento de los equipos, disponibilidad de insumos, medicinas, y enfoque medioambiental, etc.).	y servicios. Evidencia: encuesta general de satisfacción, cartera de servicios, carta compromiso, portal de transparencia.	
3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).	Nuestra institución cumple con la planificación de la diferenciación de los productos específicos ofrecidos a nuestros clientes. Evidencia: informes o reportes del POA	
4. Capacidades de la organización para la innovación.		No tenemos mediciones de este proceso.
5. Digitalización en la organización.		No tenemos mediciones de este proceso.

6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).	Nuestra institución cumple en el mes de abril con un 65.59% del tiempo de espera y prestación del servicio y Cuenta con Repositorio De Informacion y Estadísticas de Servicios de salud. Evidencia: Medicion encuesta general de satisfacción,RIESS.	

2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos). 1. Costo de los servicios. 2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios 3. Cumplimiento de los estándares comprometidos.	Nuestra institución procesa las quejas y sugerencias recibidas en un plazo de 15 días y cumple 100% con este compromiso. Evidencia:QDRS, plantillas de quejas y sugerencias, RIESS.	
4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.	Nuestra institución tiene 15 días para procesar las medidas de subsanción y cumple al 100% con este compromiso, cuenta con el plan operativo anual, el cual mide la evaluación con respeto a errores y estándares de calidad. Evidencia: resultados del POA correspondiente al primer trimestre, evaluación carta compromiso al ciudadano, RIESS.	
5. Grado de cumplimiento de los indicadores de eficiencia sanitaria, en relación a: número de pacientes por día, número de camas ocupadas por día, tiempo medio ocupación de sala quirúrgica, tiempo medio de permanencia del paciente, etc.	Nuestra institución cumple con los indicadores de eficiencia: en relacion al numero de pacientes por dia, para evitar tumultos de pacientes en salas de esperas y pacillos de nuestro centro se ponen citas en fechas especificas para cada paciente, en el caso de la s emergencias se clasifican por gravedad, y contamos con una sala de espera amplia y abilitada, numero de camas ocupadas por dia etc. Evidencia: Informe 67A, sismap salud, RIESS.	
6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.	Nuestra institución tiene ajustada su cartera de servicios, la informacion general del centro, los servicios con los cuales puede asistir al pasiente, servicios preventivos y de promocion de buena salud, servicios diacnosticos, servicios de apoyo y los recursos humanos nesesarios para cumplir con dicha cartyera. Evidencia: matriz de cartera de servicios, RIESS.	
7. Índice de Satisfacción de Usuarios.	Nuestra institución cuenta con un índice de satisfacción al usuario de un 95.8 % durante el mes	

	de abril. Evidencia: Medicion encuesta de satisfacción al usuario, Link de gestion PNA-SNS, RIESS.	
--	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.	Nuestra institución cuenta con canales de información y comunicación de que dispone la organización, a su vez cuenta con un análisis de la cantidad de canales y su respectiva eficiencia. Evidencia: carta compromiso al ciudadano, encuestas de satisfacción al usuario, poa y redes sociales, RIESS.	
2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)	Nuestra institución es transparente en sus acciones por dicha razon cuenta con disponibilidad y exactitud de la información. Evidencia: portal de transparencia, RIESS.	
3. Disponibilidad de informaciones sobre el cumplimiento de los objetivos de rendimiento y resultados de la organización, incluyendo la responsabilidad de gestión en los distintos servicios.	Nuestra institución cuenta con un plan operativo anual (poa) colgados en el portal de transparencia para acceso de todos. Evidencia: portal de transparencia RIESS.	

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

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

1. Porcentaje de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones. (Tipo de implicación, niveles de participación y el porcentaje en que se cumplen).		No se ha definido un indicador que nos permita medir el grado de implicación de los grupos de interés en el diseño y prestación de los servicios y los procesos de toma de decisiones.
2. Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes (Número, tipo y resultados de las innovaciones implementadas).		No se ha definido un indicador que nos permita medir el porcentaje de métodos nuevos e innovadores.
3. Indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. (Resultados de indicadores previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad).	En nuestra institución de acuerdo a los servicios ofrecidos, se tiene una gestión incluyente desde en punto de vista interno y desde el punto de vista externo, (empleados y Paciente). Evidencia: indicadores de cumplimiento 67A.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Resultados de la digitalización en los productos y servicios de la organización (innovaciones tecnológicas para los procesos y servicios, servicios online o uso de Apps; mejora en los tiempos de respuesta, el acceso y la comunicación interna y externa; reducción de costos, etc.).	En nuestra institución se evidencian los resultados de la digitalización en los productos y servicios de la organización. Evidencia: portal de transparencia, página web, carta compromiso, encuesta general de satisfacción,RIESS.	
2. Participación de la ciudadanía en los productos y servicios. (Acceso y flujo de información continuo entre la organización y los ciudadanos clientes, Usuarios/Pacientes a través de medios digitales, internet, página web, portales de servicios y de transparencia, redes sociales, otros).	Nuestra institución cuenta la participación de los usuarios a través de las encuestas realizada a los usuarios. Evidencia: resultados de las encuestas de satisfacción al usuario de un 95.8% para en el mes de abril, portal de transparencia,RIESS.	

CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.

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

SUBCRITERIO 7.1. Mediciones de la percepción.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).	Nuestra institución evidencia los resultados del rendimiento general de la organización a través de las encuestas realizada a los usuarios. Evidencia: resultados de las encuestas de satisfacción al usuario de un 95.8% para en el mes de abril, portal de transparencia.	
2. Involucramiento de las personas de la organización en la toma de decisiones y su conocimiento de la misión, visión y valores, y su contribución para cumplirlos.		No tenemos mediciones de este proceso.
3. La participación de las personas en las actividades de mejora.		No se evidencia la participación de las personas en las actividades de mejora.
4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.		No tenemos medido este proceso.
5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.		No tenemos mediciones de este proceso.
6. La responsabilidad social de la organización.		No tenemos mediciones de este proceso.
7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.		No contamos con un indicador que nos permita medir los cambios y la innovación.
8. El impacto de la digitalización en la organización.		No contamos con un indicador que nos permita medir el impacto de la digitalización en la organización.
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.		No tenemos un indicador que nos permita medir la agilidad en la organización.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la organización (por ejemplo: estableciendo objetivos, asignando recursos, evaluando el rendimiento global de la organización, la estrategia de gestión de RRHH, etc.) y de comunicar sobre ello.	Nuestra Institución le da seguimiento a los documentos fundamentales donde la alta dirección revisa el cumplimiento de los objetivos institucionales plasmados en el Plan Operativo Anual, midiendo el rumbo estratégico de la organización. Evidencia: POA 2026	
2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.		No tenemos mediciones de este proceso.
3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.		No tenemos mediciones del reparto de las tareas.
4. La gestión del conocimiento.		No tenemos evidenciado la gestión del conocimiento.
5. La comunicación interna y las medidas de información.		No tenemos medido la comunicación interna y las medidas de información.
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.		No tenemos medido el alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.
7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.		No contamos con un indicador que nos permita medir los cambios y la innovación.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.		No tenemos mediciones del ambiente de trabajo y la cultura de la organización.
2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).		No tenemos mediciones de este proceso.

3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.		No tenemos mediciones de este proceso.
4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.		No tenemos mediciones de este proceso.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Desarrollo sistemático de carrera y competencias.		No se evidencia que en nuestra institución haya un plan para incentivar la carrera y las competencias.
2. Nivel de motivación y empoderamiento.		No se evidencia que la organización tenga planes de motivación y empoderamiento.
3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.		No tenemos mediciones del acceso y calidad de la formación en el desarrollo profesional.

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

1. Resultados generales en las personas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas (por ejemplo: nivel de absentismo o enfermedad, índices de rotación del personal, número de quejas, número de días de huelga, etc.).	Nuestro institución le da seguimiento a los indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas, para el porcentaje de horas y días perdidos. Evidencias: Registro de entrada y de salida, Matriz de registro de accidentes y enfermedades.	
2. Nivel de participación en actividades de mejora.	Nuestra institución realiza talleres y capacitaciones	

	donde se facilitan las formas de como mantener las mejoras continuas en las actividades. Evidencias: Carteras de Servicios, QRS.	
3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.	Nuestra institucion elabora estrategias que permitan una mejor distribucion de recursos limitados,confidencialidad y privacidad, autonomia de los pacientes concentimiento informado entre otras posibles conflictos de intereses que puedan surgir y que hayan reportado. Evidencias: QRS, Buzon de Quejas , Libre accesos ala la informacion.	
4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.		No tenemos evidencia de la frecuencia de la participación voluntaria en actividades relacionadas con la responsabilidad social.
5. Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los usuarios/pacientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario/pacientes, ciudadano/ cliente, número de quejas de los pacientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes).		No tenemos mediciones relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los usuarios.

2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Resultados de Indicadores relacionados con: 1.—El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones.	Nuestra institución realiza una evaluación de desempeño cada seis meses relacionado con el rendimiento individual, con un resultado de un 55 %. Evidencia: evaluación de desempeño.	
2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.		No tenemos un indicador que nos permita medir el uso de herramientas digitales de información y comunicación.
3. El desarrollo de las capacidades de habilidades y capacitación. (por ejemplo: tasas de participación y de éxito de las actividades formativas, eficacia de la utilización del presupuesto para actividades formativas).		No tenemos mediciones de este proceso.
4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.		No tenemos evidencia de reconocimiento individual y de equipos.

CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.

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

SUBCRITERIO 8.1. Mediciones de percepción

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. El impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/pacientes y ciudadanos/clientes más allá de la misión institucional. Por ejemplo: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc.		No se ha medido la percepción del entorno con relación a el impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/clientes más de la misión institucional.
2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.		No se ha medido la percepción del entorno con relación a la reputación de la organización como contribuyente a la sociedad.

3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.	Nuestra institución realiza mesas de trabajo para desarrollar estrategias por medio de nuestros planes operativos POA, CAF... con los cuales podemos influir grandemente con el desarrollo económico de la comunidad y el país Evidencias: POA, CAF, MEMORIA INSTITUCIONAL, 67A	
4. El impacto de la organización en la calidad de la democracia, la transparencia, el comportamiento ético, el estado de derecho, la apertura y la integridad. (respeto de los principios y valores de los servicios públicos, como la igualdad, permanencia en el servicio, etc.).		No se ha medido la percepción del entorno con relación a el impacto de la organización en la calidad de la democracia.
5. Percepción del impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional, nacional e internacional (por ejemplo: con la compra de productos de comercio justo, productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.).		No se ha medido la percepción del entorno con relación a la percepción social en relación con la sostenibilidad a nivel local.
6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.		No se ha medido la percepción del entorno con relación a la toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la movilidad.
7. Participación de la organización en la comunidad en la que está instalada, organizando eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro tipo, etc.).		No se ha medido la percepción del entorno con relación a la participación de la organización en la comunidad en la que está instalada.
8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.		No se ha medido la percepción del entorno con relación a la cantidad de felicitaciones recibidas.

SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

Indicadores de responsabilidad social:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Actividades de la organización para preservar y mantener los recursos (por ejemplo: presencia de proveedores con perfil de responsabilidad social, grado de cumplimiento de las normas medioambientales, uso de materiales reciclados, utilización de medios de transporte respetuosos con el medioambiente, reducción de las molestias, daños y ruido, y del uso de suministros como agua, electricidad y gas.).		No tenemos mediciones respecto a actividades de la organización para preservar y mantener los recursos.
2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.		No tenemos mediciones respecto a la frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes.
3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).		No tenemos mediciones sobre la importancia de la cobertura positiva y negativa recibida.
4. Apoyo sostenido como empleador a las políticas sobre diversidad, integración y aceptación de minorías étnicas y personas socialmente desfavorecidas, por ejemplo: programas/proyectos específicos para emplear a minorías, discapacitados, número de beneficiarios, etc.).		No tenemos mediciones de apoyo sostenido como empleador a las políticas sobre diversidad, integración y aceptación de minorías étnicas y personas socialmente desfavorecidas.
5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.		No tenemos mediciones de apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en

		actividades filantrópicas.
6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).		No tenemos mediciones de intercambio productivo de conocimiento e información con otros.
7. Programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los pacientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, charlas de salud, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas).		No tenemos mediciones con relación a programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los pacientes y empleados.
8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).	Nuestra institución realiza evaluaciones y mediciones mensuales y trimestrales, las cuales nos permiten obtener resultados cuantitativos y cualitativos de la responsabilidad social que sostenemos como institución. Evidencias: POA, C.C.C, MEMORIA INSTITUCIONAL	
9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.		No tenemos mediciones con relación a la responsabilidad social.
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.		No tenemos mediciones con relación a incinerador para para residuos médicos.
11. Política de residuos y de reciclado.		No tenemos mediciones con relación a la política de residuos y de reciclado.

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO.

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

SUBCRITERIO 9.1. Resultados externos: producto y valor público.

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

1. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.	Nuestra institucion cuenta con estadares que permiten medir resultados en terminos de cantidad y calidad de sevicios y productos. Evidencias: Memoria Institucional, POA.	
2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).	Nuestra institucion obtiene resultados de Outcomes, Mediante el impacto que tienen los productos y servicios que ofrecemos a los pacientes y la sociedad en general. Evidencias: POA, Memoria Institucional.	
3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.	Nuestra Institucion realiza analisis comparativos que nos permitan medir la evolucion que hemos tenido en terminos de productos y resultados. Evidencias: POA, 67A.	
4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.		No tenemos mediciones con relación al nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.
5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	Nuestra institucion cuenta con un sistema de evaluacion y revisiones que nos permiten tener resultados de inspecciones externas y auditoras de Desempeño. Evidencias: POA.	
6. Resultados de la innovación en servicios/productos.	Nuestra Institucion evalua por departamentos para obtener resultados de la innovacion en servicios/productos. Evidencias: POA.	
7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.	Nuestra institucion a fin de mantener la calidad en el servicio internos y externo verifica los resultados en la reformas del sector publico. Evidencias: Memoria Institucional.	
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.	Nuestra institucion registra el mayor numero de voluntarios que raalizan actividades de colaboracion de la organizacion. Evidencias: POA, Memoria Institucional.	

SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Eficiencia de la organización en términos de la gestión de los recursos disponibles, incluyendo, la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima.	En nuestra institucion se mantiene la eficiencia en terminos de la gestion de los recursos disponibles, incluyendo, la gestion de recursos humanos, gestion del conocimientos y de las instituciones de forma óptima. Evidencias: POA, Memoria Institucional	
2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.	Nuestra institucion se mantiene en constante evolucion evalua resultados de mejoras e innovaciones de procesos. Evidencias: POA.	
3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).	Nuestra institucion realiza valuacion comparativa que nos permiten obtener resusltados. Evidencias: POA.	
4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).	Nuestra instutucion mide la eficasia en las alianzas con las instituciones y/o proveedores, por ejemplo: El grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboracion, convenios y otras actividades conjuntas. Evidencias: POA.	
5. Impacto de la tecnología (digitalización) en el desempeño de la organización, la eficiencia en la burocracia administrativa, mejora en la prestación de servicios, etc. (por ejemplo: reduciendo costos, el uso del papel, trabajando en forma conjunta con otros proveedores, interoperabilidad, ahorro de tiempo, etc.)	Nuestra institucion analiza y mide el impacto de la tecnologia en el desempeño de la organizacion , la eficiencia en la burocracia administrativa, mejora en la prestacion de serviocio. Evidencias: POA, Memoria Institucional	
6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.	Nuestra institución realiza inspecciones o auditorias del funcionamiento de la organización a través del cumplimiento del plan operativo anual con un 90%. Evidencia: resultados del plan operativo anual.	

7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.	Nuestra institucion es ebvaluada para obtener resultados en la participacion de concursos, premios de calidad y XCertificaciones de calidad del sistema de gestion u otros. Evidencias: POA.	
8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.	En nuestra institución se cumple en un 100% con el presupuesto y los objetivos financieros. Evidencia: SISMAP salud, presupuesto anual.	
9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.	Nuestra institucion evalua lo relacionado con el logro del resultado de impacto al menor costo posible incluyendo la evaluacion a suplidores que nos de un mejor resultado. Evidencias: POA, Portal de compras y contrataciones.	

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