



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

GUÍA SISMAP

SECTOR SALUD



SISMAP | Sistema de Monitoreo
SECTOR SALUD | de la Administración
Pública para Sector Salud



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

The background of the cover features a hand holding a tablet computer. The background is a light blue gradient with various medical and health-related icons, including a stethoscope, a bar chart, a heart, a DNA helix, and a microscope. The text is centered in a white box with a blue arrow pointing to the right.

GUÍA PARA USUARIOS DEL SISTEMA DE MONITOREO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PARA EL SECTOR SALUD

GUI-GDP-002
Versión 02

SISMAP SALUD: Sistema de Monitoreo de la Administración Pública para el Sector Salud de la República Dominicana.

¡Una herramienta para impulsar la mejora de los servicios sanitarios!

Diagramación: División de Publicaciones / MAP.
Santo Domingo, R. D. / 2023.



INDICE DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN.....	5
I. OBJETIVOS DEL SISMAP SALUD.....	6
II. ORGANISMOS INVOLUCRADOS EN EL MONITOREO DE LA GESTIÓN PÚBLICA A TRAVÉS DEL SISMAP SALUD.....	6
III. BASE LEGAL SISMAP SALUD.....	7
IV. ESCALA DE VALORACIÓN DEL NIVEL DE AVANCE.....	8
4.1 Tipos de Consulta.....	11
4.2 Otras especificaciones del SISMAP SALUD.....	15
V. IBOG 1: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS, CALIDAD Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL.....	17
VI. IBOG 2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE LA INFORMACIÓN.....	23
I. IBOG 3. GESTIÓN CLÍNICA.....	30
II. IBOG 4. SATISFACCIÓN DEL USUARIO.....	39
III. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	40
IV. CONTACTOS.....	42



PRESENTACIÓN

El Sistema de Monitoreo de la Administración Pública (SISMAP), representa una herramienta estratégica de gran importancia para evaluar y medir el desarrollo de la gestión pública en la República Dominicana. Desde su creación en 2010, bajo la iniciativa del Ministerio de Administración Pública (MAP), el SISMAP ha evolucionado constantemente, adaptándose a las necesidades cambiantes del entorno y al avance de las prácticas administrativas y de gobierno.

El fundamento lógico del SISMAP radica en la necesidad de garantizar la transparencia, eficiencia y eficacia en la gestión de las instituciones públicas. Mediante la utilización de indicadores validados y respaldados por instancias internacionales como el Barómetro de las Américas auspiciado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el SISMAP permite una evaluación objetiva y estandarizada del desempeño gubernamental.

En su concepción inicial, el SISMAP se orientó a monitorear la gestión de los entes y órganos del Poder Ejecutivo, centrándose en aspectos clave como la profesionalización del empleo público, el fortalecimiento institucional y el cumplimiento de normativas relevantes. No obstante, con una visión de transformación, el sistema ha evolucionado y ampliado su alcance para incluir el SISMAP Municipal, dirigido a evaluar la gestión de los gobiernos locales, y más recientemente, el SISMAP Salud, destinado a abordar el complejo sector de la prestación de servicios de salud.

La visión de esta guía actualizada del SISMAP Salud es fortalecer la capacidad de los centros hospitalarios para alcanzar altos estándares de calidad, rendición de cuentas y transparencia en su gestión. La estrategia se enfoca en la medición y evaluación rigurosa de la gestión hospitalaria y gubernamental, con el fin de identificar áreas de mejora y establecer planes de acción efectivos para lograr un óptimo desarrollo institucional.

El SISMAP Salud es una herramienta fundamental que, con una visión estratégica, busca mejorar la gestión pública y promover una cultura de transparencia y rendición de cuentas. Su evolución constante y adaptación a las necesidades actuales reflejan su carácter visionario, siendo una guía sólida y confiable para el progreso de la administración pública en la República Dominicana.

I. OBJETIVOS DEL SISMAP SALUD

El SISMAP Salud se enfoca en medir el desarrollo de la gestión de los Centros Hospitalarios, evaluando aspectos clave como eficiencia, eficacia, calidad y participación. Los objetivos del SISMAP Salud son los siguientes:

- Impulsar el fortalecimiento de los centros de atención, asegurando el cumplimiento de las normativas y protocolos que rigen la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar una atención de calidad a la ciudadanía.
- Fomentar una cultura de gestión eficaz y transparente, que promueva el libre acceso de la ciudadanía a la información pública y estimule una sana competencia entre los centros hospitalarios especializados en un mismo ámbito territorial.
- Proporcionar información relevante y útil a las distintas instituciones que integran el sistema de salud, dotándolas de las herramientas necesarias para tomar decisiones informadas y con capacidad de incidir positivamente en el sector.

II. ORGANISMOS INVOLUCRADOS EN EL MONITOREO DE LA GESTIÓN PÚBLICA A TRAVÉS DEL SISMAP SALUD

El Ministerio de Administración Pública (MAP) comparte la gestión operativa del SISMAP con el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP), como órganos responsables de los indicadores relacionados a sus competencias.

III. BASE LEGAL SISMAP SALUD

La Constitución dominicana del 2015, establece que: Los servicios públicos prestados por el Estado o por los particulares, en las modalidades legales o contractuales, deben responder a los principios de universalidad, accesibilidad, eficiencia, transparencia, responsabilidad, continuidad, calidad, razonabilidad y equidad tarifaria.

Es facultad exclusiva del Estado, según lo señalado por la Constitución en su Artículo No. 147, la regulación de los servicios públicos.

Por consiguiente, el Estado está llamado a definir políticas que promuevan e incentiven la tecnología y la innovación con el fin de favorecer el desarrollo sostenible, el bienestar humano, el fortalecimiento institucional y proteger la salud de los ciudadanos. Para poder ejercer la actividad de regulación, el resultado del monitoreo de los servicios prestados y de la gestión de estos por parte de los servidores públicos, constituye una herramienta fundamental que responde a una realidad evidenciada.

Herramientas como el SISMAP Salud contribuyen a tales fines y permiten a los tomadores de decisión construir políticas públicas basadas en datos reales y verificables. Es además una herramienta que pone a la disposición de la ciudadanía información crucial para su vigilancia y participación.

El SISMAP Salud tiene como marco legal:

- La Constitución de la República, proclamada y promulgada en el 2015.
- Ley No. 01-12, del 25 de enero del 2012, de la Estrategia Nacional de Desarrollo y su Reglamento de implementación (Decreto No. 134-14).
- Ley No. 105-13, del 8 de agosto de 2013 sobre Regulación Salarial del Estado Dominicano, en la que se establece el marco regulador común de la política salarial para todo el sector Público Dominicano.
- Ley No. 247-12, Orgánica de la Administración Pública, del 4 de agosto del 2012, que establece los principios rectores y reglas básicas de la organización y funcionamiento de la Administración Pública;

- así como la forma de coordinación de los gobiernos locales con la Administración pública central y organismos descentralizados, dentro de los límites que establecen la constitución y la Ley.
- Ley No. 41-08, del 16 de enero de 2008, de Función Pública y sus Reglamentos, que regulan las relaciones de trabajo de las personas designadas por la autoridad competente, para desempeñar los cargos presupuestados, para la realización defunciones públicas en instituciones del Estado, los municipios y las entidades autónomas, en un marco de profesionalización de los servidores.
 - Ley No. 42-01 General de Salud de la República Dominicana.
 - Ley No. 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud.
 - Reglamento No. 251-15, del 13 de agosto del 2015, de Reclutamiento y Selección de Personal en la Administración Pública.
 - Reglamento No. 273-13, del 13 de septiembre del 2013, sobre la Evaluación del Desempeño Institucional.
 - Reglamento No. 523-09, del 21 de julio de 2009, que regula las relaciones de Trabajo y conducta entre los órganos del Estado y los funcionarios y servidores públicos.
 - Reglamento No. 525-09, de 21 de julio de 2009, que regula la Evaluación del Desempeño y Promoción de los Servidores y Funcionarios de la Administración Pública.
 - Reglamento No. 527-09, del 21 de julio de 2009, sobre Estructura Organizativa, Cargos y Política Salarial.
 - Decreto No. 211-10, del 15 de abril de 2010, que declara de carácter obligatorio la aplicación del Modelo CAF (Marco Común de Evaluación) en la Administración Pública y las Cartas Compromiso al Ciudadano.
 - Decreto No. 558-06, del 21 de noviembre de 2006, que crea el Sistema de Administración de Servidores Públicos (SASP).

IV. ESCALA DE VALORACIÓN DEL NIVEL DE AVANCE

El SISMAP Salud está integrado por cuatro (4) Indicadores Básicos de Organización y Gestión (IBOG) y treinta (30) Subindicadores Vinculados (SIV) relacionados con la Ley No. 41-08 de Función Pública y sus reglamentos, así como las normas y protocolos del sector salud dominicano.

Se utiliza un rango de puntuación cualitativa y cuantitativa con la que se mide a cada subindicador, en base a la calidad y validez de las evidencias presentadas por las Instituciones. Funciona en formato de colores del semáforo (rojo, amarillo y verde) y va de cero (0) a cien (100) puntos.

Tabla 0: Escala de Valoración.

Poco Avance	Cierto Avance	Objetivo Logrado	No Aplica	Inactivación Temporal
≤59	De 60 a 79	De 80 a 100		

Estatus de Subindicadores.

Los subindicadores podrán presentar distintos estatus, los cuales deberán estar sustentados por una documentación validada por cada Dirección responsable de los mismos; y autorizada por la Máxima Autoridad del Ministerio de Administración Pública (MAP) y el Servicio Nacional de Salud (SNS), de acuerdo a los estatus establecidos son:

- a) Activo:** Establece que el indicador o subindicador estará habilitado y monitoreado en los Centros Hospitalarios bajo los requerimientos establecidos por los Órganos rectores.
- b) Inactivación Temporal:** Establece que el indicador o subindicador estará inactivo en los Centros Hospitalarios por un período definido por el órgano rector. Las inactivaciones podrán ser realizadas si se presentan algunas de las siguientes condiciones:
 - a. La incorporación de un nuevo indicador que amerite un período de socialización, divulgación y/o estrategia de priorización de Centros Hospitalarios por parte del órgano rector.
 - b. El indicador o subindicador que esté en proceso de revisión por los Órganos rectores.

- c) Extensiones de Vigencia:** Define el indicador y/o subindicador en un estatus de extensión de tiempo a lo establecido en la Guía SISMAP Salud, por un evento de fuerza mayor o alguna priorización de los Órganos rectores. Las extensiones de vigencia deberán ser aplicadas a todos los Centros Hospitalarios.
- d) No aplica:** En los Centros Hospitalarios que leyes especiales inciden en aspectos específicos de su gestión, se les pondrá un No Aplica, a los indicadores y/o subindicadores relacionados con dichos elementos legales específicos.

Vigencia de la Evidencia

Cada evidencia tiene un período de validez, fijado por cada unidad u órgano responsable del indicador. Una vez vencido ese período, el nivel de puntuación del indicador, pudiera verse afectado si el centro no remite la nueva evidencia en el plazo de que dispone.

Funcionamiento del Sistema Verificación

La información obtenida por cualquiera de los medios antes citados, se denomina Evidencia y sirve como medio de verificación.

Alimentación del SISMAP Salud

El SISMAP Salud se alimenta de las informaciones (documentos y registros) requeridas por los órganos responsables (MAP, SNS, INAP) a Centros Hospitalarios (de distintos niveles y especialidades) como evidencias de cumplimiento de los indicadores.

Acceso para consulta

El Sistema de Monitoreo de la Administración Pública (SISMAP) es una fuente permanente de consulta para los usuarios y ciudadanos en general, al que se accede externamente a través de www.sismap.gob.do/salud/ o del portal Web del Ministerio de Administración Pública (MAP) (<http://map.gob.do>) haciendo clic en el ícono que lo identifica: “SISMAP Salud”.

4.1 Tipos de Consulta

Se pueden realizar consultas sobre un organismo en particular o el conjunto de ellos. Una vez ingrese al SISMAP Salud, para realizar la consulta, se debe seleccionar del menú la opción Ranking y luego, Hospitales. En la casilla que aparece, puede colocar el nombre, parte de éste o las siglas del centro de salud de que se trate, hacer clic en “Aplicar filtro”. Luego, hacer clic sobre el nombre del centro hospitalario para ver el despliegue de los indicadores y su nivel de avance en cada uno; así como las evidencias que lo sustentan, *ver figura 1*.



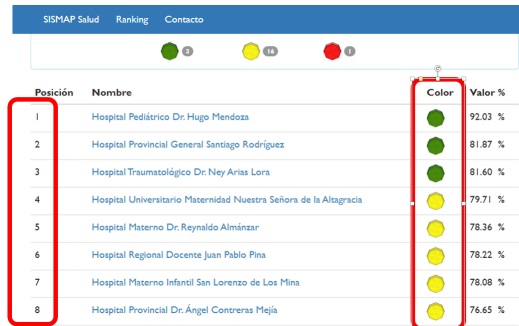
Figura 1. Consultas de Ranking.

También puede escribir un nombre genérico, por ejemplo: regional, materno, municipal, otros; y aparecerán una lista de los centros de esa categoría, de la cual se seleccionará el correspondiente haciendo clic sobre su nombre, *ver figura 2*.



Figura 2. Aplicar filtro escribiendo nombre genérico.

Ranking de posiciones: Muestra la posición de cada centro de salud, acorde al porcentaje (%) logrado en el cumplimiento del total de los indicadores establecidos, *ver figura 3.*



Posición	Nombre	Color	Valor %
1	Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza	●	92.03 %
2	Hospital Provincial General Santiago Rodríguez	●	81.87 %
3	Hospital Traumatólogo Dr. Ney Arias Lora	●	81.60 %
4	Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	●	79.71 %
5	Hospital Materno Dr. Reynaldo Almázar	●	78.36 %
6	Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina	●	78.22 %
7	Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Minis	●	78.08 %
8	Hospital Provincial Dr. Ángel Contreras Mejía	●	76.65 %

Figura 3. *Ranking de posiciones.*

Para conocer los rankings por categoría de centros, puede dar click en categoría, seleccionar el centro y luego click en consultar, *ver figura 4.*



Seleccionar Categoría

Categoría: Seleccione la Categoría

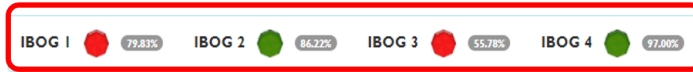
- Seleccione la Categoría
- General - Regional
- General - Provincial
- General - Municipal
- Especializado - Traumatología
- Especializado - Materna Infantil
- Especializado - Infantil
- Especializado - Materna
- Especializado - Otros especializados

Consultar Retornar

Organismos Responsables

Figura 4. *Categorías.*

Escala para la ponderación de los indicadores: Muestra los rangos de puntuación por IBOG y los colores que les corresponden a cada uno de los niveles de avance en la gestión establecidos, *ver figura 5.*



Lista de Evidencias

Indicador	Valoración	Evidencias	Vencimiento	Color	Valor %	Estado
01. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS, CALIDAD Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL					79.83%	
01.01 Autoevaluación CAF	Objetivo Logrado	Guia-CAF HUMNSA.pdf Comité Calidad, HMNSA, 2021.pdf	31/05/2021		100.00%	
01.02 Plan de Mejora Modelo CAF	Cierto Avance	Plan Mejora HMNSA 2021-2022.pdf	31/05/2022		60.00%	

Figura 5. Evidencia de cumplimiento del indicador.

Fecha de vencimiento: Al lado de cada evidencia aparece la fecha de su vencimiento, *ver figura 6.*

SISMAP Salud Ranking Contacto

Lista de Evidencias

Indicador	Valoración	Evidencias	Vencimiento	Color	Valor %	Estado
01. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS, CALIDAD Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL					85.17%	
01.01 Autoevaluación CAF	Objetivo Logrado	Comite Hosp. Ney Arias Lora 2020.pdf GUIA CAF HOSP. NEY ARIAS LORA 2021.pdf	30/06/2022		100.00%	
01.02 Plan de Mejora Modelo CAF	Objetivo Logrado	PLAN DE MEJORA HOSP. NEY 2021.pdf 1er. Informe PM HOSP. NEY 2021.pdf	31/12/2022		100.00%	
01.03 Plan de Capacitación	Objetivo Logrado	LA DNC HTNAL.pdf Carta Levantamiento IA P HTNAL.pdf	31/12/2021		100.00%	

Figura 6. Fechas de vencimiento.

Enlaces importantes: A través de la ventana del SISMAP Salud, se puede acceder a los enlaces importantes de los Órganos rectores del sistema, como sus portales institucionales, *según la figura 7.*

Enlaces Importantes
Portal del MAP
Portal del INAP
Portal del SNS
Portal del SISMAP
Portal del SASP
Portal de Concursos Públicos

Figura 7. Enlaces.

Figura 7. *Enlaces.*

Otras informaciones de interés: Guía SISMAP, Informes trimestrales, Preguntas frecuentes, Directorio de las Direcciones, otras, *ver figura 8.*

Información de Interés
Guía SISMAP Salud
Informes Trimestrales
Preguntas Frecuentes
Directorio

Figura 8. Otras informaciones de interés.

Figura 8. *Otras informaciones de interés.*

Fuentes de Recolección de la Información

Las informaciones que sustentan el cumplimiento de los indicadores y los niveles de avance de los Centros Hospitalarios se obtienen a través de diversas fuentes, tales como:

- a) Documentos que remiten directamente al MAP, SNS y el INAP vía correo electrónico, repositorio o a través de la unidad de correspondencia.
- b) Como resultado de los procesos que desarrollan los Centros Hospitalarios con los órganos responsables del monitoreo.

Carga de Evidencias

Previo a que las evidencias sean ingresadas al sistema, deben ser validadas por el personal asignado en la unidad responsable del indicador para verificar que cumplan con los requisitos establecidos en cada caso.

4.2 Otras especificaciones del SISMAP SALUD

Respecto a las Tablas de Indicadores

La información de los avances de los Centros Hospitalarios en cada uno de los indicadores o en el total de ellos estará reflejada en el SISMAP Salud, a través de la página WEB del Ministerio de Administración Pública (MAP), del Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP).

Desempeño de los Subindicadores

La Puntuación General de los Centros Hospitalarios en el SISMAP Salud es de 100%. Se obtiene de la sumatoria del Valor Otorgado a los Subindicadores Vinculados (SIV) multiplicada por el Peso del SIV y dividida entre la suma de los Pesos de los SIV, *como vemos en la Ecuación 1.*

$$\mathbf{Puntuación\ General} = \frac{\Sigma (\text{Valor Otorgado SIV} * \text{Peso SIV})}{\Sigma \text{Peso SIV}} \times 100 \quad (1)$$

Las variables de la ecuación 1 de la puntuación general, están definidas de la forma siguiente:

- a) **Valor Otorgado:** Es el resultado obtenido luego de la validación de las evidencias remitidas por los Centros Hospitalarios al MAP, SNS y el INAP.
- b) **Peso Subindicador Vinculado (SIV):** Es el peso otorgado al Subindicador Vinculado por el órgano rector, esto varía dependiendo de la prioridad institucional.

El Subindicador Vinculado (SIV) que tenga un estatus de No Aplica, su Peso se distribuirá entre otros indicadores priorizados por los rectores.

Tomando como referencia las evidencias que soportan el cumplimiento del Subindicador se utiliza una escala de 0-100, distribuida en tres rangos y colores de la forma siguiente:

Rojo=0-59; Amarillo=60-79 y Verde=80-100,

BLOQUE DE INDICADORES

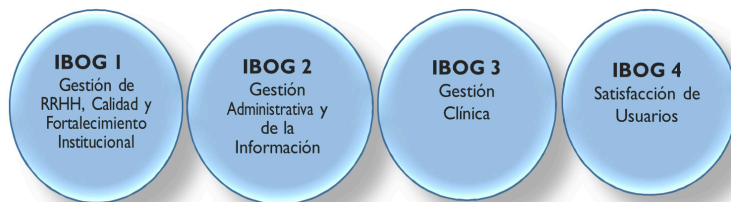


Figura 8. *Bloques de indicadores.*

V. IBOG I: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS, CALIDAD Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL.

Mide los avances de las instituciones públicas en la implementación de herramientas de calidad para la mejora continua de la gestión, organización del trabajo, formación profesional y el rendimiento laboral y la conducta de las personas de la organización.

Tabla 1: Subindicador Autoevaluación CAF.

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACION DE COLORES	ESCALA DE VALORACION EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE MAP CONTACTOS
01. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS, CALIDAD Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	1.01 Autoevaluación CAF	5	Objetivo Logrado	100	Guía de Auto diagnóstico presentando puntos fuertes y áreas de mejoras.	Hasta el 30 de junio de cada año	Dirección de Evaluación Institucional. (DEGI). Tel: 809-682-3298 Ext.2350 al 2360
			Poco/Ningún Avance	40	Comité Institucional de Calidad Capacitado	4 años	
				20	Comunicación notificando la relación de miembros del comité de calidad institucional.	4 años	

Nota: La Autoevaluación CAF debe ser remitida antes del treinta (30) de junio de cada año.

Tabla 2: Subindicador Plan de Mejora.

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACION DE COLORES	ESCALA DE VALORACION EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE MAP CONTACTOS
01.1 GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS, FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL Y CALIDAD	1.02 Plan de Mejora CAF	5	Objetivo Logrado	20	2do. Informe con el 85% o más de implementación con sus evidencias.	jun-30	Dirección de Evaluación Institucional (DEGI). Tel: 809-682-3298 Ext. 2350 al 2360
				20	Remisión 1er Informe con el 50% o más de implementación con sus evidencias.	Diciembre del año de implementación	
			Cierto Avance	10	Remisión del Acuerdo Interinstitucional ya notariado.	4 años o cambio de autoridad	
			Poco/Ningún Avance	50	Plan de Mejora del año siguiente, a implementar de enero a diciembre.	31 agosto de cada año	

Nota: Los Planes de Mejora deben ser remitidos antes del 31 de agosto de cada año.

Tabla 3: Subindicador Plan de Capacitación.

IBOG	SIV	Ponderación	Escala Valoración colores	Escala valoración puntos	Evidencia	Vigencia	UNIDADES RESPONSABLES MAP Y CONTACTO
01. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS, CALIDAD Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL.	1.03 Plan de Capacitación	5	80-100	2	4to Informe Trimestral	Trimestral	Instituto Nacional de Administración Pública (INAP). Ave. México esq. Ave. Leopoldo Navarro Piso 14. 809-689-8955. dnc@inap.gob.do sismapsalud@inap.gob.do
				5	Para un 80% de la implementación del Plan de Capacitación	1 año	
				2	3er. Informe Trimestral	Trimestral	
				5	Para un 60% de la implementación del Plan de Capacitación	1 año	
				5	Para un 50% de la implementación del Plan de Capacitación	1 año	
				2	2 do. Informe Trimestral	Trimestral	
			60-79	5	1er. Informe Trimestral	Trimestral	
				5	Plan Anual de Capacitación Implementado en un 20% de los Contenidos Formativos.	1 año	
				5	Plan Anual de Capacitación Implementado en un 10% de los Contenidos Formativos.	1 año	
				5	Acuerdo Interinstitucional Aportes (AIA).	1 año	
				9	Carta Levantamiento Inducción a la Administración Pública.	1 año	
			0-59	50	Plan Anual de Capacitación	31 de marzo de cada año	

Nota: Las evidencias del Plan anual de capacitación + Acuerdo Interinstitucional de Aportes (AIA) deben ser remitidas al Departamento de Investigación e innovación, a través del repositorio y/o al correo: dnc@inap.gob.do.

Las evidencias de la implementación del Plan de Capacitación (Listados de asistencias y certificados), deben ser remitidas a través del repositorio de evidencias y/o al correo del SISMAP Salud: sismapsalud@inap.gob.do.

Respecto a los criterios de puntuación

1. El plan anual de capacitación y la Carta de levantamiento de los colaboradores que han tomado la Inducción a la Administración Pública, deben remitirse al INAP entre octubre y noviembre del año previo a su ejecución, al correo: dnc@inap.gob.do.
2. Las evidencias del plan de capacitación y la ejecución de mismo, tienen una vigencia anual que comprende desde enero a diciembre, sin embargo, la puntuación acumulada hasta el 31 de diciembre de cada año será vigente hasta el 31 de marzo del siguiente año.
3. Entre el 01 enero y el 15 de febrero debe remitirse el Acuerdo Interinstitucional de Aportes (AIA) por las instituciones, de acuerdo con las capacitaciones a impartir por el INAP en su plan.

Tabla 4: Subindicador Estructura Organizativa y Manual de Organización y Funciones.

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACIÓN DE COLORES	ESCALA DE VALORACIÓN EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE MAP Y CONTACTOS
01. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS, CALIDAD Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	1.04 Estructura Organizativa y Manual de Organización y Funciones	5	Objetivo Logrado	100	Manual de Organización y Funciones y Resolución Aprobatoria Refrendada por el MAP.	* Permanente	Dirección de Diseño Organizacional (DDO) Tel.: 809-682-3298 Ext. 2500-2507
				80	Comunicación o captura de pantalla del correo remitiendo el Borrador de Manual de Organización y Funciones.	3 meses	
			Cierto Avance	70	Resolución Aprobatoria de la Estructura Organizativa refrendada por el MAP	Permanente	
				60	Comunicación o captura de pantalla del correo remitiendo el Informe Diagnóstico.	6 meses	
			Ningún Avance	40	Remisión física o digital de los levantamientos de información.	3 meses	
	10	Comunicación conformando el equipo contraparte.	2 meses				

Nota: Se refiere al estudio, diagnóstico, evaluación e innovación de las políticas y prácticas de Fortalecimiento Institucional, coherentes con el Plan Estratégico y el rol de asesoramiento técnico especializado al conjunto de directivos, que estimulen una mayor implicación de estos en la gestión Institucional.

Cuando la Estructura Organizativa sea modificada, el organismo correspondiente tendrá un plazo de seis (06) meses para actualizar el Manual de Organización y Funciones; vencido este plazo, el subindicador pasa al rango de cierto avance, con una puntuación de setenta por ciento (70%).

Tabla 5: Subindicador Gestión de Acuerdos de Desempeño.

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE COLORES	ESCALA DE VALORACIÓN EN PUNTOS	EVIDENCIA	VIGENCIA	UNIDADES RESPONSABLES MAP Y CONTACTO
01. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS, CALIDAD Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	1.05 Gestión de Acuerdos de Desempeño	5	Objetivo logrado	80 a 100	Plantilla para reportar servidores con Acuerdos de Desempeño elaborados para el año en curso.	30 DE NOVIEMBRE DEL AÑO EN CURSO	Dirección de Evaluación del Desempeño Laboral (DEDL) Tel. 809-682-3298 Exts. 2440, 2442 al 2449
					Form. Revisión de minutas de monitoreo de Acuerdos de Desempeño laborales.	31 DE MARZO DEL AÑO SIGUIENTE	
			Cierto avance	60 a 79	Plantilla para reportar servidores con Acuerdos de Desempeño elaborados para el año en curso.	30 DE NOVIEMBRE DEL AÑO EN CURSO	
					Form. Revisión de minutas de monitoreo de Acuerdos de Desempeño laborales.	31 DE MARZO DEL AÑO SIGUIENTE	
			Poco o ningún avance	0 a 59	Plantilla para reportar servidores con Acuerdos de Desempeño elaborados para el año en curso.	30 DE NOVIEMBRE DEL AÑO EN CURSO	
					Form. Revisión de minutas de monitoreo de Acuerdos de Desempeño laborales.	31 DE MARZO DEL AÑO SIGUIENTE	

Nota: Se hará una única carga de la primera plantilla revisada y calificada como evidencia del Subindicador, es decir, que otras plantillas recibidas no serán cargadas ni calificadas para el SISMAP.

Respecto a los criterios de puntuación

La puntuación será el resultado de la cantidad de servidores con Acuerdos de Desempeño elaborados y reportados al MAP en el plazo establecido sobre la cantidad de servidores fijos y temporales del centro Hospitalario a excepción de los de libre nombramiento y remoción, personal de seguridad militar, verificables en las nóminas reportadas a la DEDL en el plazo establecido en el cronograma emitido por el MAP.

Posteriormente, la puntuación puede verse afectada si no se remiten evidencias del Monitoreo de los Acuerdos de Desempeño de los servidores realizado por Directivos o Supervisores a su personal supervisado en la fecha requerida, de al menos, tres (03) áreas o unidades

1. Las plantillas de servidores con los Acuerdos de Desempeño elaborados para el año en curso deben reportarse a la DEDL del MAP a más tardar el último día laborable del mes Enero.

- 1.1 Una vez recibida la plantilla de acuerdos realizados en el plazo establecido, y con la finalidad de validar la misma, la DEDL solicitará, de forma deliberada, a los responsables de RRHH vía correo electrónico, al menos dos (02) formularios de Acuerdos de Desempeño de cada grupo ocupacional. Los responsables del proceso de Evaluación del Desempeño Laboral o de RRHH tienen un plazo de hasta tres (03) días laborables para la remisión de lo solicitado por la misma vía.
2. Cuando haya retraso en remitir las plantillas de acuerdos realizados, menor o igual a 10 días laborables, perderá 5 puntos; si el retraso es mayor a 10 días laborables, perderá 10 puntos, hasta el 31 de marzo.
3. Cuando las plantillas de servidores con acuerdos de desempeño elaborados sean remitidas al MAP desde el día 1ero al 30 de abril, obtendrán la mitad de los puntos que corresponda luego de aplicar la fórmula de cálculo para su calificación en el Subindicador.
4. Las plantillas de servidores con acuerdos de desempeño elaborados, remitidas a partir del día 1ero de mayo, no tendrán puntuación en el SISMAP.
5. En la primera semana laborable del mes de septiembre, la DEDL solicitará a los responsables de Evaluación del Desempeño o de RRHH de los centros Hospitalarios las evidencias del Monitoreo de los acuerdos de desempeño del personal, para mantener o no la puntuación alcanzada en este Subindicador. El plazo para enviar las evidencias solicitadas es de tres (3) días laborables.
6. En los casos de que las evidencias del monitoreo de acuerdos se remitan fuera del plazo establecido, el centro Hospitalario perderá hasta veinte (20) puntos de la puntuación obtenida este sub-indicador. Si el retraso es menor o igual a 10 días laborables, perderá un (1) punto por cada día de retraso. Si el retraso es mayor a 10 días laborables, perderá veinte (20) puntos, hasta el 30 de septiembre.
7. Si el centro Hospitalario remite evidencias del monitoreo de los Acuerdos de Desempeño menor a los requeridos, perderá cinco (5) puntos adicionales.

8. Las evidencias del monitoreo de acuerdos de desempeño que sean remitidas en el último trimestre del año, o en su defecto no sean remitidas, la institución perderá treinta (30) puntos de la puntuación obtenida en el sub-indicador 1.05.

Tabla 6: Subindicador Evaluación del Desempeño por Resultados y Competencias.

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE COLORES	ESCALA DE VALORACIÓN EN PUNTOS	EVIDENCIA	VIGENCIA	UNIDADES RESPONSABLES MAP Y CONTACTO
01. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS, CALIDAD Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	1.06 Evaluación del Desempeño por Resultados y Competencias	5	Objetivo logrado	80 a 100	Plantilla para reportar resultados de servidores evaluados	31 DE JULIO DEL AÑO EN CURSO	Dirección de Evaluación del Desempeño Laboral (DEDL) Tel. 809-482-3298 Exts. 2440, 2442 al 2449
					Form. Revisión del Informe Técnico de Eval. del Desempeño Laboral	31 DE MARZO DEL AÑO SIGUIENTE	
			Cierto avance	60 a 79	Plantilla para reportar resultados de servidores evaluados	31 DE JULIO DEL AÑO EN CURSO	
					Form. Revisión del Informe Técnico de Eval. del Desempeño Laboral	31 DE MARZO DEL AÑO SIGUIENTE	
			Poco o ningún avance	0 a 59	Plantilla para reportar resultados de servidores evaluados	31 DE JULIO DEL AÑO EN CURSO	
					Form. Revisión del Informe Técnico de Eval. del Desempeño Laboral	31 DE MARZO DEL AÑO SIGUIENTE	

Nota: Se hará una única carga de la primera plantilla revisada y calificada como evidencia del Subindicador, es decir, que otras plantillas recibidas no serán cargadas ni calificadas para el SISMAP.

Respecto a los criterios de puntuación

La puntuación será el resultado de la cantidad de evaluados reportados al MAP sobre la cantidad de servidores fijos y temporales del centro Hospitalario a excepción de los de libre nombramiento y remoción, personal de seguridad militar, verificables en las nóminas reportadas a la DEDL en el plazo establecido en el cronograma emitido por el MAP. Posteriormente la puntuación puede verse afectada si no se evidencia la realización y remisión del Informe Técnico en la fecha requerida.

1. Las plantillas de servidores evaluados deben reportarse a DEDL del MAP más tardar el último día laborable del mes Enero.
 - 1.1 Una vez recibida la plantilla de servidores evaluados en el plazo establecido, y con la finalidad de validar la misma, la DEDL solicitará, de forma deliberada, a los responsables de RRHH vía correo electrónico, al menos dos (02) formularios de Evaluación del Desempeño de cada grupo ocupacional. Los responsables del proceso de Evaluación del Desempeño Laboral o de RRHH

tienen un plazo de tres (03) días laborables para la remisión de lo solicitado por la misma vía.

2. Cuando haya retraso en remitir la plantilla de servidores evaluados, menor o igual a 10 días laborables, perderá 5 puntos; si el retraso es mayor a 10 días laborables, perderá 10 puntos, hasta el 31 de marzo.
3. Cuando las plantillas de servidores evaluados sean remitidas al MAP desde el día 1ero al 30 de abril, obtendrán la mitad de los puntos que corresponda luego de aplicar la fórmula de cálculo para su calificación en el Subindicador.
 - 3.1 Las plantillas de servidores evaluados remitidas a partir del día 1ero de mayo no tendrán calificación en el SISMAP.
4. El Informe Técnico del proceso de evaluación realizado deberán ser remitidos a la DEDL en el plazo establecido en el cronograma emitido por el MAP.
5. Por la calificación obtenida de la revisión del informe técnico de los resultados del proceso de evaluación, la institución podría mantener su puntuación, o perder de 1 a 10 puntos de la calificación previa alcanzada en el Subindicador.
6. En los casos que el informe técnico, se remita fuera del plazo establecido, la institución perderá, además, hasta diez (10) puntos de la puntuación obtenida en el sub-indicador. Si el retraso es menor o igual a 10 días laborables, perderá cinco (5) puntos. Si el retraso es mayor a 10 días laborables, perderá diez (10) puntos, hasta el 30 de abril.
7. Si el informe técnico es remitido en el mes de mayo, o en su defecto no se remite en el referido mes, el centro Hospitalario perderá 20 puntos de la puntuación obtenida en este sub-indicador.

VI. IBOG 2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE LA INFORMACIÓN

Mide la gestión administrativa del centro de salud en lo relativo a la planificación operativa, manejo eficiente de la información, la trans-

parencia, los mecanismos de compras, el control interno y aspectos vinculados a la infraestructura y atención.

Tabla 7: Subindicador Porcentaje de Cumplimiento del POA

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACIÓN DE COLORES	ESCALA DE VALORACIÓN EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE SNS CONTACTOS
2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE LA INFORMACIÓN	2.01 Porcentaje de cumplimiento del POA	4	Objetivo Logrado	80 - 100	Relación directa del reporte de resultado del Monitoreo realizado por SNS Central	06 meses	Dirección Planificación y Desarrollo Tel: (809) 221-3637 Ext: 3360
			Cierto Avance	60 - 79	Relación directa del reporte de resultado del Monitoreo realizado por SNS Central	06 meses	
			Poco/Ningún Avance	0 - 59	Relación directa del reporte de resultado del Monitoreo realizado por SNS Central	06 meses	

Nota: Este subindicador mide el nivel de cumplimiento y planificación de las actividades realizadas vs las planificadas. Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Tabla 8: Subindicador Control de Almacenamiento e Inventarios de Medicamentos e Insumos

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACION DE COLORES	ESCALA DE VALORACION EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE CONTACTOS (SNS)
2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE LA INFORMACIÓN	2.02 Control de almacenamiento e inventarios de medicamentos e insumos	3	Objetivo Logrado	80 a 100	Relación directa con el formulario de buenas prácticas de almacén y trazabilidad de medicamentos DMI-FO-015: Fotos, Check List de BPA, Reporte de Disponibilidad de Medicamentos trazadores	06 meses	Dirección de Medicamentos e Insumos Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3410
			Cierto Avance	60 a 79	Relación directa con el formulario de buenas prácticas de almacén y trazabilidad de medicamentos DMI-FO-015: Fotos, Check List de BPA, Reporte de Disponibilidad de Medicamentos trazadores	06 meses	
			Poco/Ningún Avance	0 a 59	Relación directa con el formulario de buenas prácticas de almacén y trazabilidad de medicamentos DMI-FO-015: Fotos, Check List de BPA, Reporte de Disponibilidad de Medicamentos trazadores	06 meses	

Nota: Control de los inventarios de medicamentos e insumos con el objetivo de garantizar la dotación de medicamentos e insumos a los Centros Hospitalarios.

Se debe utilizar la versión actualizada del formulario de Buenas Prácticas de Almacén y Trazabilidad de Medicamentos, el cual debe contener el nombre del establecimiento y estar firmado y sellado por el Responsable de Farmacia del centro de salud. Incluir fotografías de todas las áreas evaluadas, sin edición y a color. Las evidencias deberán

ser cargadas a la plataforma por el Hospital, cada semestre (junio y diciembre de cada año).

Tabla 9: Subindicador Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil).

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACION DE COLORES	ESCALA DE VALORACION EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE CONTACTOS (SNS)
2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE LA INFORMACIÓN	2.03 Plan Mantenimiento Preventivo-Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil)	6	Objetivo Logrado	80 a 100	Evidencias de mantenimientos realizados en un rango de 80% - 100% de acuerdo al plan establecido e infraestructura en condiciones acorde a los criterios definidos por el SNS	1 año	Dirección de Infraestructura y equipos Tel: (809) 221-3637 Ext: 3353
			Cierto Avance	60 a 79	Evidencias de mantenimientos realizados en un rango de 60% - 79% de acuerdo al plan establecido e infraestructura en condiciones acorde a los criterios definidos por el SNS	06 meses	
			Poco/Ningún Avance	0 a 59	Plan de Mantenimiento	06 meses	

Nota: Desarrollo e implementación del Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo en miras a que la facilidad se encuentre en condiciones óptimas para los usuarios.

Las evidencias deberán ser cargadas a la plataforma por el Hospital en las fechas correspondientes.

Tabla 10: Subindicador Porcentaje de Incremento Facturación.

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACION DE COLORES	ESCALA DE VALORACION EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE CONTACTOS (SNS)
2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE LA INFORMACIÓN	2.04 Porcentaje de Incremento Facturación	5	Objetivo Logrado	80-100	Resumen general de facturación de ARS cargadas c/d ARS: (de 22.40% a 28% (o mayor) de aumento versus año anterior hospitales provinciales y municipales)	03 meses	Dirección de Centros Hospitalarios Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3363
					Resumen general de facturación de ARS cargadas c/d ARS: (de 11.20% a 14% (o mayor) de aumento versus año anterior resto de los hospitales)	03 meses	
			Cierto Avance	60-79	Resumen general de facturación de ARS cargadas c/d ARS: (de 16.80% a 22.12% de aumento versus año anterior resto de los hospitales provinciales y municipales)	03 meses	
					Resumen general de facturación de ARS cargadas c/d ARS: (de 8.40% a 11.06% de aumento versus año anterior anterior resto de los hospitales)	03 meses	
			Poco/Ningún Avance	0-59	Resumen general de facturación de ARS cargadas c/d ARS: (de 0% a 16.52% de aumento versus año anterior resto de los hospitales provinciales y municipales)	03 meses	
					Resumen general de facturación de ARS cargadas c/d ARS: (de 0% a 8.26% de aumento versus año anterior anterior resto de los hospitales)	03 meses	

Nota: Es el crecimiento de los recursos económicos que percibe el hospital al aumentar los servicios hospitalarios que ofrece durante un periodo determinado.

Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Tabla 11: Subindicador Notificación Oportuna Reporte Epidemiológico (Nuevo).

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACION DE COLORES	ESCALA DE VALORACION EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE CONTACTOS (SNS)
2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE LA INFORMACIÓN	2.05 Notificación Oportuna Reporte Epidemiológico	2	Objetivo Logrado	80 a 100	Reporte Oportunidad SAT-DIGEPI: Relación directa del Reporte Oportunidad SAT-DIGEPI	03 meses	Dirección de Gestión de Calidad de los Servicios de Salud Tel: (809) 221-3637 Ext.:
			Cierto Avance	60 a 79	Reporte Oportunidad SAT-DIGEPI: Relación directa del Reporte Oportunidad SAT-DIGEPI	03 meses	
			Poco/Ningún Avance	0 a 59	Reporte Oportunidad SAT-DIGEPI: Relación directa del Reporte Oportunidad SAT-DIGEPI	03 meses	

Nota: Nivel de ejecución de las actividades de vigilancia epidemiológica programadas en comparación a las realizadas. Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Tabla 12: Subindicador Porcentaje de Disminución de la Deuda.

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACION DE COLORES	ESCALA DE VALORACION EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE CONTACTOS (SNS)
2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE LA INFORMACIÓN	2.06 Porcentaje de disminución de la deuda	4	Objetivo Logrado	80-100	Reporte Financiero: (de 16% a 20% (o mayor) de disminución versus año anterior hospitales municipales y provinciales)	03 meses	Dirección de Fiscalización Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3069/70
					Reporte Financiero: (de 20% a 25% (o mayor) de disminución versus año anterior resto de los hospitales)	03 meses	
			Cierto Avance	60-79	Reporte Financiero: (de 12 a 16% de disminución versus año anterior hospitales municipales y provinciales)	03 meses	
					Reporte Financiero: (de 15% a 20% de disminución versus año anterior resto de los hospitales)	03 meses	
			Poco/Ningún Avance	0-59	Reporte Financiero: (de 0% a 12% de disminución versus año anterior hospitales municipales y provinciales)	03 meses	
					Reporte Financiero: (de 0% a 15% de disminución versus año anterior resto de los hospitales)	03 meses	

Nota: Descenso de las cuentas por pagar en un trimestre determinado en comparación al año anterior.

Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Tabla 13: Subindicador Porcentaje de Objeción Glosas Médicas y Administrativas.

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACION DE COLORES	ESCALA DE VALORACION EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE CONTACTOS (SNS)
2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE LA INFORMACIÓN	2.07 Porcentaje de objeción glosas médicas y administrativas	2	Objetivo Logrado	80 a 100	Reporte Glosa ARS: de 7% a 5% (o menor) de porcentaje de objeción	03 meses	Dirección de Centros Hospitalarios Tel: (809) 221-3637 Ext: 3363
			Cierto Avance	60 a 79	Reporte Glosa ARS: de 9% a 7% de porcentaje de objeción	03 meses	
			Poco/Ningún Avance	0 a 59	Reporte Glosa ARS: de 15% a de 9% porcentaje de objeción	03 meses	

Nota: Evaluación de oportunidades en el cobro de servicios que han sido glosados por parte de los pagadores impidiendo el recaudo efectivo de los servicios prestados, debido a la falta de articulación y comunicación de los procesos asistenciales con los de facturación, lo que se traduce en una disminución de los ingresos operacionales.

Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Tabla 14: Subindicador Porcentaje Promedio de Cumplimiento SISCOMPRA.

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACION DE COLORES	ESCALA DE VALORACION EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE CONTACTOS (SNS)
2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE LA INFORMACIÓN	2.08 Porcentaje promedio de cumplimiento SISCOMPRA	3	Objetivo Logrado	80 a 100	Relación directa del Reporte SISCOMPRA	03 meses	Depto. Calidad en la Gestión Tel: (809) 221-3637 Ext: 3348
			Cierto Avance	60 a 79	Relación directa del Reporte SISCOMPRA	03 meses	
			Poco/Ningún Avance	0 a 59	Relación directa del Reporte SISCOMPRA	03 meses	

Nota: Monitorear el nivel de avance y el comportamiento del hospital en la plataforma de SISCOMPRA.

Este subindicador mide el uso del portal transaccional de la Dirección de Compras y Contrataciones. En él se mide planificación de compras, publicación y gestión de procesos, administración de contratos, compras MiPymes, persona física y MiPymes mujeres.

Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Tabla 15: Subindicador Porcentaje de Ejecución Presupuestaria.

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACION DE COLORES	ESCALA DE VALORACION EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE CONTACTOS (SNS)
2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE LA INFORMACIÓN	2.09 Porcentaje de ejecución presupuestaria	3	Objetivo Logrado	80 a 100.	Relación directa del Reporte de ejecución presupuestaria	1 año	Dirección Financiera Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3011
			Cierto Avance	60 a 79	Relación directa del Reporte de ejecución presupuestaria	1 año	
			Poco/Ningún Avance	0 a 59	Relación directa del Reporte de ejecución presupuestaria	1 año	

Nota: Porcentaje de cumplimiento del uso de los fondos financieros.

Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Tabla 16: Subindicador Porcentaje de Cumplimiento Lineamientos Control Interno (Nuevo).

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACION DE COLORES	ESCALA DE VALORACION EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE CONTACTOS (SNS)
2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE LA INFORMACIÓN	2.10 Porcentaje de Cumplimiento Lineamientos Control Interno	2	Objetivo Logrado	80 a 100.	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador	1 año	Dirección de Fiscalización Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3069/70
			Cierto Avance	60 a 79	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador	1 año	
			Poco/Ningún Avance	0 a 59	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador	1 año	

Tabla 17: Subindicador Porcentaje de Eficientización de la Nómina (Cantidad de colaboradores).

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACION DE COLORES	ESCALA DE VALORACION EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE CONTACTOS (SNS)
2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE LA INFORMACIÓN	2.11 Porcentaje de eficientización de la nómina (cantidad de colaboradores)	2	Objetivo Logrado	80 a 100	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador (Se evidencia la disminución)	1 año	Dirección de Fiscalización Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3069/70
			Cierto Avance	60 a 79	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador (Permanece igual)	1 año	
			Poco/Ningún Avance	0 a 59	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador (Aumento en lugar de disminuir)	1 año	

Nota: Grado de eficientización de la Nómina cumpliendo con los lineamientos del órgano rector.

Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Tabla 18: Subindicador Porcentaje de Eficientización de la Nómina (Monto Económico).

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACION DE COLORES	ESCALA DE VALORACION EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE CONTACTOS (SNS)
2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE LA INFORMACIÓN	2.12 Porcentaje de eficientización de la nómina (monto económico)	2	Objetivo Logrado	80 a 100	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador (Se evidencia la disminución)	1 año	Dirección de Fiscalización Tel: (809) 221-3637 Ext: 3069/70
			Cierto Avance	60 a 79	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador (Permanece igual)	1 año	
			Poco/Ningún Avance	0 a 59	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador (Aumentó en lugar de disminuir)	1 año	

Nota: Grado de la eficientización de la Nómina cumpliendo con los lineamientos del órgano rector.

Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

I. IBOG 3. GESTIÓN CLINICA

Monitorea el cumplimiento de indicadores sobre la utilización de servicios, la congestión de la demanda, aplicación de protocolos de salud y la gestión en áreas de productos terminales (hospitalización, consultas, cirugía, emergencia, laboratorio e imágenes etc.).

Tabla 19: Subindicador Días Promedio de Estadía.

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACION DE COLORES	ESCALA DE VALORACION EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE CONTACTOS (SNS)
03. GESTIÓN CLÍNICA	3.01 Días promedio de estadía	2	Objetivo Logrado	80 a 100	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (de 4 días a 2.5 días (o menos) para hospitales municipales, provinciales, regionales, referencia nacional, maternos y pediátricos)	03 meses	Dirección Gestión de la Información Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3366
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (8 días a 5 días (o menos) para hospitales traumatológicos)	03 meses	
			Cierto Avance	60 a 79	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (5.5 días a 4.1 días para hospitales municipales, provinciales, regionales, referencia nacional, maternos y pediátricos)	03 meses	
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (11 días a 8.1 días para hospitales traumatológicos)	03 meses	
			Poco/Ningún Avance	0 a 59	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (10 a 5.6 días para hospitales municipales, provinciales, regionales, referencia nacional, maternos y pediátricos)	03 meses	
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (20 a 11.1 días para hospitales traumatológicos)	03 meses	

Nota: Muestra la disponibilidad de los centros, ya que una menor duración justificada en la estancia hospitalaria implica una disminución de costos y mejora de los procesos asistenciales.

Tabla 20: Subindicador Producción de Servicios de Salud: Consultas.

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACION DE COLORES	ESCALA DE VALORACION EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE CONTACTOS (SNS)
03. GESTIÓN CLÍNICA	3.02 Producción de Servicios de Salud: Consultas	2	Objetivo Logrado	80 a 100	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (32% a 40% (o mayor) de aumento en consultas para hospitales municipales y provinciales)	03 meses	Dirección Gestión de la Información Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3366
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (28% a 35% (o mayor) de aumento en consultas para hospitales regionales y referencia)	03 meses	
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (24% a 30% (o mayor) de aumento en consultas para hospitales maternos, pediátricos y traumatológicos)	03 meses	
			Cierto Avance	60 a 79	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (24% a 32% de aumento en consultas para hospitales municipales y provinciales)	03 meses	
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (21% a 28% de aumento en consultas para hospitales regionales y referencia)	03 meses	
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (18% a 24% de aumento en consultas para hospitales maternos, pediátricos y traumatológicos)	03 meses	
			Poco/Ningún Avance	0 a 59	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (0% - 24% de aumento en consultas para hospitales municipales y provinciales)	03 meses	
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (0% - 21% de aumento en consultas para hospitales regionales y referencia)	03 meses	
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (0% a 18% de aumento en consultas para hospitales maternos, pediátricos y traumatológicos)	03 meses	

Nota: Aumento en la prestación del servicio de consulta mediante un comparativo del año en curso vs el año anterior.

Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Tabla 21: Subindicador Producción de Servicios de Salud: Hospitalizaciones.

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACION DE COLORES	ESCALA DE VALORACION EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE CONTACTOS (SNS)
03. GESTIÓN CLÍNICA	3.03 Producción de Servicios de Salud: Hospitalizaciones	2	Objetivo Logrado	80 a 100	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (16% a 20% (o mayor) de aumento en hospitalizaciones para hospitales municipales y provinciales)	03 meses	Dirección Gestión de la Información Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3366
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (20% a 25% de aumento en hospitalizaciones para hospitales regionales y referencia)	03 meses	
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (14.4% a 18% (o mayor) de aumento en hospitalizaciones para hospitales maternos, pediátricos y traumatológicos)	03 meses	
			Cierto Avance	60 a 79	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (12% a 16% (o mayor) de aumento en hospitalizaciones para hospitales municipales y provinciales)	03 meses	
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (15% a 20% de aumento en hospitalizaciones para hospitales regionales y referencia)	03 meses	
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (10.8% a 14.4% de aumento en hospitalizaciones para hospitales maternos, pediátricos y traumatológicos)	03 meses	
			Poco/Ningún Avance	0 a 59	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (0% a 12% de aumento en hospitalizaciones para hospitales municipales y provinciales)	03 meses	
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (0% a 15% de aumento en hospitalizaciones para hospitales regionales y referencia)	03 meses	
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (0% a 10.8% de aumento en hospitalizaciones para hospitales maternos, pediátricos y traumatológicos)	03 meses	

Nota: Aumento en la prestación del servicio de Hospitalización mediante un comparativo del año en curso vs el año anterior.

Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Tabla 22: Subindicador Producción de Servicios de Salud: Razón Emergencias Médicas VS Consultas Ambulatoria.

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACION DE COLORES	ESCALA DE VALORACION EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE CONTACTOS (SNS)
03. GESTIÓN CLÍNICA	3.04 Producción de Servicios de Salud: Razón Emergencias Médicas vs Consultas Ambulatorias	2	Objetivo Logrado	80 a 100	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (34% a 30% (o menor) en razón de emergencias médicas vs consultas ambulatorias para todos los hospitales)	03 meses	Dirección Gestión de la Información Tel: (809) 221-3637 Ext: 3366
			Cierto Avance	60 a 79	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (38% a 34% en razón de emergencias médicas vs consultas ambulatorias para todos los hospitales)	03 meses	
			Poco/Ningún Avance	0 a 59	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (50% a 38% en razón de emergencias médicas vs consultas ambulatorias para todos los hospitales)	03 meses	

Nota: Grado de concentración entre las atenciones a pacientes externos entre las áreas de consulta o emergencia.

Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Tabla 23: Subindicador Producción de Servicios de Salud: Cirugías.

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACION DE COLORES	ESCALA DE VALORACION EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE CONTACTOS (SNS)
03. GESTIÓN CLÍNICA	3.05 Producción de Servicios de Salud: Cirugías	3	Objetivo Logrado	80 a 100	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (20% a 25% de aumento en cirugías para todos los hospitales)	03 meses	Dirección Gestión de la Información Tel: (809) 221-3637 Ext: 3366
			Cierto Avance	60 a 79	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (15% a 20% de aumento en cirugías para todos los hospitales)	03 meses	
			Poco/Ningún Avance	0 a 59	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (0% a 15% de aumento en cirugías para todos los hospitales)	03 meses	

Nota: Aumento en la prestación del servicio de consulta mediante un comparativo del año en curso vs el año anterior.

Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Tabla 24: Subindicador Producción de Servicios de Salud: Servicios Diagnósticos (Laboratorio). (Nuevo).

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACION DE COLORES	ESCALA DE VALORACION EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE CONTACTOS (SNS)
03. GESTIÓN CLÍNICA	3.06 Producción de Servicios de Salud: Servicios Diagnósticos (Laboratorio)	3	Objetivo Logrado	80 a 100	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (28% a 35% de aumento en diagnósticos para hospitales municipales, provinciales, regionales y referencia)	03 meses	Dirección Gestión de la Información Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3366
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (24% a 30% de aumento en diagnósticos para hospitales maternos, pediátricos y traumatológicos)	03 meses	
			Cierto Avance	60 a 79	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (21% a 28% de aumento en diagnósticos para hospitales municipales, provinciales, regionales y referencia)	03 meses	
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (18% a 24% de aumento en diagnósticos para hospitales maternos, pediátricos y traumatológicos)	03 meses	
			Poca/Ningún Avance	0 a 59	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (0% a 21% de aumento en diagnósticos para hospitales municipales, provinciales, regionales y referencia)	03 meses	
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (0% a 18% de aumento en diagnósticos para hospitales maternos, pediátricos y traumatológicos)	03 meses	

Nota: Aumento en la prestación del servicio de diagnósticos (laboratorio) mediante un comparativo del año en curso vs el año anterior.

Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Tabla 25: Subindicador Producción de Servicios de Salud: Servicios Diagnósticos (Imágenes). (Nuevo).

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACION DE COLORES	ESCALA DE VALORACION EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE CONTACTOS (SNS)
03. GESTIÓN CLÍNICA	3.07 Producción de Servicios de Salud: Servicios Diagnósticos (Imágenes)	3	Objetivo Logrado	80 a 100	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (28% a 35% de aumento en diagnósticos para hospitales municipales, provinciales, regionales y referencia)	03 meses	Dirección Gestión de la Información Tel: (809) 221-3637 Ext: 3366
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (24% a 30% de aumento en diagnósticos para hospitales maternos, pediátricos y traumatológicos)	03 meses	
			Cierto Avance	60 a 79	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (21% a 28% de aumento en diagnósticos para hospitales municipales, provinciales, regionales y referencia)	03 meses	
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (18% a 24% de aumento en diagnósticos para hospitales maternos, pediátricos y traumatológicos)	03 meses	
			Poco/Ningún Avance	0 a 59	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (0% a 21% de aumento en diagnósticos para hospitales municipales, provinciales, regionales y referencia)	03 meses	
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (0% a 18% de aumento en diagnósticos para hospitales maternos, pediátricos y traumatológicos)	03 meses	

Nota: Aumento en la prestación del servicio de diagnósticos (imágenes) mediante un comparativo del año en curso vs el año anterior.

Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Tabla 26: Subindicador Índice Ocupacional Camas.

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACION DE COLORES	ESCALA DE VALORACION EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE CONTACTOS (SNS)
03. GESTIÓN CLÍNICA	3.08 Índice Ocupación Camas	3	Objetivo Logrado	80 a 100	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (68% a 85% de índice de ocupación de camas para todos los hospitales)	03 meses	Dirección Gestión de la Información Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3366
			Cierto Avance	60 a 79	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (51% a 68% de índice de ocupación de camas para todos los hospitales)	03 meses	
			Poco/Ningún Avance	0 a 59	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (0% a 51% de índice de ocupación de camas para todos los hospitales)	03 meses	

Nota: Se mide el número de camas ocupadas por días vs camas disponibles para hospitalización de pacientes durante un trimestre establecido expresado en porcentaje.

Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Tabla 27: Subindicador Tasa Neta de Mortalidad Hospitalaria.

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACION DE COLORES	ESCALA DE VALORACION EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE CONTACTOS (SNS)
03. GESTIÓN CLÍNICA	03.09 Tasa Neta de Mortalidad Hospitalaria	2	Objetivo Logrado	80 a 100	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (1.9% a 1.5% de tasa neta de mortalidad hospitalaria para hospitales municipales, provinciales, regionales, referencia, maternos y pediátricos)	03 meses	Dirección Gestión de la Información Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3366
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (2.9% a 2.5% de tasa neta de mortalidad hospitalaria para hospitales traumatológicos)		
			Cierto Avance	60 a 79	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (2.3% a 1.9% de tasa neta de mortalidad hospitalaria para hospitales municipales, provinciales, regionales, referencia, maternos y pediátricos)		
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (3.3% a 2.9% de tasa neta de mortalidad hospitalaria para hospitales traumatológicos)	03 meses	
			Poco/Ningún Avance	0 a 59	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (3.5% a 2.3% de tasa neta de mortalidad hospitalaria para hospitales municipales, provinciales, regionales, referencia, maternos y pediátricos)		
					Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (4.5% a 3.3 de tasa neta de mortalidad hospitalaria para hospitales traumatológicos)	03 meses	

Nota: Muestra la productividad y permite discernir entre los casos de defunciones más vinculados a la atención ambulatoria o complicación del paciente que perdura menos de 48 ingresados, diferenciando de la tasa bruta en la cual, la medición se realiza sin importar el tiempo de estancia.

Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

II. IBOG 4. SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

Mide los avances de los Centros Hospitalarios en la implementación de la Carta Compromiso al Ciudadano y los resultados de la percepción de los usuarios que acuden a los establecimientos de la red hospitalaria del SNS, a partir de indicadores relacionados con la calidad del servicio.

Tabla 28: Subindicador Carta Compromiso.

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACIÓN DE COLORES	ESCALA DE VALORACIÓN EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE MAP CONTACTOS
4.1 SATISFACCION DE LOS USUARIOS	4.1 Carta Compromiso	5	Objetivo Logrado	100	Resolución que aprueba la Carta Compromiso al Ciudadano.	2 años a partir de la fecha de emisión de la resolución.	Dirección de Diseño y Mejora de Servicios Públicos (DDMSP) 809-682-3298, Ext. 2520 - 2525.
			Poco/Ningún Avance	59	Borrador de Carta Compromiso al Ciudadano (brochure) <u>se revisará el borrador y se cargará la portada.</u>	6 meses a partir de la carga de evidencia en el SISMAP.	
				20	Lista de participantes a charla sobre Cartas Compromiso al Ciudadano.	1 año a partir de la fecha de la charla.	

Nota: Estas valoraciones contemplan el proceso de elaboración hasta la aprobación de la Carta Compromiso durante el primer año.

A partir del 1er. año la valoración está sujeta a cambios dependiendo de los resultados de las evaluaciones anuales.

Tabla 29: Subindicador Carta Compromiso.

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACIÓN DE COLORES	ESCALA DE VALORACIÓN EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE MAP CONTACTOS
4.1 SATISFACCION DE LOS USUARIOS	4.1 Carta Compromiso	5	Objetivo Logrado	80-100	Comunicación remitiendo informe del cumplimiento de la Carta Compromiso de 51% a 100%.	1 año (hasta la siguiente evaluación).	Dirección de Diseño y Mejora de Servicios Públicos (DDMSP) 809-682-3298, Ext. 2520 - 2525.
			Cierto Avance	70-79	Comunicación remitiendo informe del cumplimiento de la Carta Compromiso de 0% a 50%.		
			Poco/Ningún Avance	0-Carta Vencida	No Aplica.	No aplica.	

Nota: Valores a partir del 1er. año de implementación de la Carta Compromiso.

La valoración acorde el nivel de cumplimiento de la Carta Compromiso no aplica para las Instituciones que después de 2do. año deben ser actualizadas, según los requerimientos estipulados en la Guía de Elaboración de Cartas Compromiso.

Tabla 30: Subindicador Monitoreo de la Calidad de los Servicios Públicos.

IBOG	SIV	PONDERACIÓN	ESCALA DE VALORACIÓN DE COLORES	ESCALA DE VALORACIÓN EN PUNTOS	EVIDENCIAS	VIGENCIA	UNIDAD RESPONSABLE MAP CONTACTOS
4.1 SATISFACCIÓN DE USUARIOS	04.2 Monitoreo de la calidad de los servicios públicos	5	Objetivo Logrado	80 - 100	Informe de resultados de la Encuesta de satisfacción de usuarios realizada con una puntuación por encima de 80	02 cortes: - 30 de junio de cada año - 30 de Diciembre de cada año	Dirección de Monitoreo y Evaluación de los Servicios Públicos (DMESP) Tel: 6809-682-3298, Ext. 2541-2543.
			Cierto Avance	60 - 79	Informe de resultados de la Encuesta de satisfacción de usuarios realizada con una puntuación por encima de 60		
			Poco/Ningún Avance	0 - 59	Informe de resultados de la Encuesta de satisfacción de usuarios realizada con una puntuación por debajo de 59		

Nota: Valor promedio obtenido de las dimensiones evaluadas según la percepción de los usuarios de los servicios del hospital en la Encuesta de Satisfacción de Usuarios.

III. GLOSARIO DE TERMINOS

MAP:	Ministerio de Administración Pública.
SNS:	Servicio Nacional de Salud.
SISMAP:	Sistema de Monitoreo de Administración Pública.
Entidad(es) Pública(s):	Instituciones de la Administración Pública responsables de generar y enviar evidencias al MAP como soporte del cumplimiento de los Indicadores del SISMAP .
Dirección Responsable del MAP/SNS/INAP:	Área del MAP/SNS/INAP responsable de recibir y revisar la calidad de las evidencias suministradas por las entidades públicas en función de los estándares establecidos para los indicadores bajo su responsabilidad.

<p>Indicador:</p>	<p>Es una característica específica, observable y medible que puede ser usada para mostrar los cambios y progresos que está haciendo un programa hacia el logro de un resultado específico. El indicador debe ser retador, claro, específico, comparable, realista y útil.</p>
<p>IBOG:</p>	<p>Indicadores Básicos de Organización y Gestión del SISMAP.</p>
<p>SIV:</p>	<p>Subindicadores vinculados a los IBOGs.</p>
<p>Peso ponderado de los IBOGs:</p>	<p>Es el valor en puntos que tiene cada Indicador Básico de Organización y Gestión (IBOG) conforme los siguientes criterios de ponderación: nivel de esfuerzo requerido, impacto en la calidad de los servicios de los ciudadanos, impacto en el fortalecimiento institucional e impacto en la profesionalización pública.</p>
<p>Evidencias:</p>	<p>Documentos y/o informaciones suministradas por las entidades públicas, que sirven como medio de verificación para validar el cumplimiento de los indicadores establecidos por el MAP a través del SISMAP.</p>
<p>Escala de valoración en colores y puntos:</p>	<p>Rango de puntuación cualitativa y cuantitativa con la que se mide a cada subindicador, en base a la calidad y validez de las evidencias presentadas por las Instituciones. Funciona en formato de colores del semáforo (rojo, amarillo y verde) y va de 0 a 100 puntos.</p>

IV. CONTACTOS:

MINISTERIO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA (MAP)	Av. 27 de febrero No. 419, sector El Millón II. Santo Domingo, R.D., Tel.: 809-682-3298 / www.map.gob.do .
RESPONSABLES DE INDICADORES:	
Dirección de Evaluación de la Gestión Institucional (DEGI).	Correo: SISMAP: sismap@map.gob.do Tel.: 809-682-3298, Exts. 2050, 2352, 2353, 2354 y 2355.
Dirección de Diseño Organizacional(DDO).	Tel.: 809-682-3298, Exts.2500, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507.
Dirección de Evaluación del Desempeño Laboral.	Tel.: 809-682-3298, Exts. 2440, 2442 hasta la 2449
Dirección de Diseño y Mejora de Servicio.	Tel.: 809-682-3298, Exts. 2520, 2522, 2523, 2524, 2525.
Dirección de Tecnología de la Información y Comunicación (DTIC).	Tel.: 809-682-3298, Exts. 2700 y 2708.
Dirección de Monitoreo y Evaluación de los Servicios.	Tel.: 809-682-3298, Exts. 2541, 2542 y 2543
Instituto Nacional de Administración Pública (INAP).	Ave. México esq. Ave. Leopoldo Navarro Piso14, Correo: sismapsalud@inap.gob.do Tel.: 809-689-8955 / https://inap.gob.do
SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS).	Av. Leopoldo Navarro esq. César Nicolás Penson, Gascue. Santo Domingo, R.D. Tel.: 809-221-3637 / https://sns.gob.do
RESPONSABLES DE INDICADORES:	
Dirección Planificación y Desarrollo	Tel.: 809-221-3637, Ext.: 3360
Dirección de Medicamentos e Insumos	Tel.: 809- 221-3637, Ext.: 3410
Dirección de Infraestructura y equipos	Tel.: 809- 221-3637, Ext.: 3353
Dirección de Centros Hospitalarios	Tel.: 809-221-3637, Ext.: 3363
Dirección de Gestión de Calidad de los Servicios de Salud	Tel.: 809- 221-3637, Ext.:
Dirección de Fiscalización	Tel.: 809- 221-3637, Exts.: 3069/70
Departamento de Calidad en la Gestión	Tel.: 809- 221-3637, Ext.: 3348

