

FECHA: 08/12/2023

DATOS GENERALES

Lugar: DCSNS SRS Hospital CPN

***Nombre del lugar:** Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares

Área: Calidad

Nombre de la Actividad: Seguimiento a la implementación del Plan de Mejora CAF anterior

Código POA (si aplica): 4.1.1.15.06

INTRODUCCIÓN

En este informe se detallarán los subcriterios, la acción de mejora, objetivo y las tareas junto con el tiempo de ejecución, la persona responsable y los recursos necesarios a actualizar. En el Plan de Mejora se consideraron diez planes de mejora; los cuales se encuentran en el Plan de Mejora Institucional CAF 2023

OBJETIVO DEL INFORME

Presentar un informe de seguimiento a la implementación del plan de mejora CAF anterior

METODOLOGIA (Si aplica)

Análisis y Seguimiento a las acciones requeridas en el plan de mejora institucional 2023.

DESARROLLO / HALLAZGOS

Resumen de las actividades del Plan de Mejora :

1. Plan de Acción #1

No.	Criterios No.	Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo	Tareas
1	1	1.2 Gestionar la organización, su desempeño y su mejora continua.	No existe un organigrama aprobado por el MAP	Definir la estructura organizativa, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.	Tener definida la estructura organizativa, funciones y responsabilidades	Enviar al MAP una propuesta del organigrama para su revisión y aprobación

Acción de Mejora#1

La Estructura Organizativa de Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Pérez de Tavares (INCART) fue aprobada a través de la resolución Núm.046/2023.

Estatus: Completado 100%

Ver anexo #1. Pág. 2/43 hasta 15/43



ANEXO #1

RESOLUCIÓN NÚM. 046/2023, QUE APRUEBA LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER ROSA EMILIA PÉREZ DE TAVARES (INCART), DEL SERVICIO REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO, SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS).

La DIRECCIÓN CENTRAL DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS), entidad pública creada mediante la Ley núm. 123-15 provista de personalidad jurídica, autonomía técnica, administrativa, financiera y patrimonio propio, cuenta con RNC núm. 430183261, con domicilio en la calle Leopoldo Navarro esquina César Nicolás Penson, del Distrito Nacional, debidamente representado por su Director Ejecutivo el señor **MARIO ANDRÉS LAMA OLIVERO**, dominicano, mayor de edad, soltero, portador de la cédula de identidad y electoral núm. 023-0019438-5, domiciliado y residente en esta ciudad del Distrito Nacional, Santo Domingo, quien fue debidamente designado mediante Decreto núm. 378-20 de fecha 21 de agosto de 2020; tiene a bien emitir el siguiente Acto Administrativo:

MAL

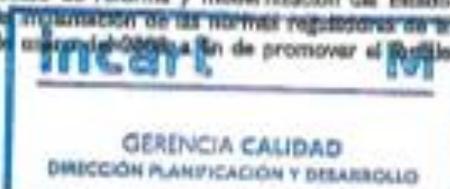
CONSIDERANDO PRIMERO: Que, de acuerdo a lo establecido en la Constitución de la República, el Estado tiene la responsabilidad de garantizar el acceso de las personas a la provisión de servicios públicos de salud;

CONSIDERANDO SEGUNDO: Que la Ley núm. 123-15, crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), con la misión de impulsar el desarrollo y fortalecimiento de la provisión de servicios de salud, a través de los Servicios Regionales organizados en Red, de acuerdo a los valores y principios del Modelo de Atención, para contribuir a la salud de las personas, familias y comunidades;

CONSIDERANDO TERCERO: Que el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Taveras (INCART) está inmerso en un proceso de institucionalización y desarrollo de los subsistemas de gestión de la función pública;

CONSIDERANDO CUARTO: Que la estructura organizativa del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Taveras (INCART) debe estar orientada en función de la misión, objetivos y estrategias institucionales, tomando en cuenta las modernas corrientes de gestión, de forma tal que se racionalicen los recursos disponibles y cumpla con eficiencia y eficacia su rol, dentro del plan general de desarrollo;

CONSIDERANDO QUINTO: Que uno de los elementos básicos para la aplicación y sostenibilidad del proceso de reforma y modernización del Estado y de la Administración Pública es la necesaria transición de las normas regulatorias de la Ley de Función Pública, núm. 41-08, del 16 de mayo de 2008, a fin de promover el fortalecimiento institucional, el



Mario Andrés Lama Olivero



ANEXO #1

desarrollo y motivación de sus recursos humanos, así como, la profesionalización de la Administración Pública;

CONSIDERANDO SEXTO: Que la Ley núm. 41-08 de Función Pública, del 16 de enero del 2008 y que crea la Secretaría de Estado de Administración Pública (MAP), hoy Ministerio de Administración Pública, en su artículo 8, numeral 6 y 12 faculta a este Ministerio, a dirigir los distintos procesos de gestión del recurso humano, a evaluar y proponer las reformas de las estructuras orgánicas y funcional de la Administración Pública Central y Descentralizada. Asimismo, revisar y aprobar los manuales de procedimiento y de organización y organigramas que eleven para su consideración los órganos y entidades de la administración pública;

CONSIDERANDO SÉPTIMO: Que el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Taveras (INCAIC) debe contar con los instrumentos administrativos que le permitan desarrollar con eficiencia sus funciones y asumir nuevos roles tendientes a impulsar el desarrollo y fortalecimiento de la provisión de servicios de salud, de acuerdo con los valores y principios del Modelo de Atención, para contribuir a la salud de las personas, familias y comunidades.

VISTA: La Constitución Política de la República Dominicana, del 13 de junio del 2015;

VISTA: Ley General de Salud, núm. 43-01, del 8 de marzo de 2001;

VISTA: Ley núm. 87-01, del 9 de mayo de 2001, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social;

VISTA: La Ley núm. 200-04 del 28 de julio el 2004, de Libre Acceso a la Información Pública;

VISTA: La Ley núm. 340-06, del 18 agosto del 2006, sobre Compras y Contrataciones de Bienes, Servicios, Obras y Concesiones en el Sector Público;

VISTA: La Ley núm. 423-06, del 17 de noviembre del 2006, Ley Orgánica de Presupuesto para el Sector Público;

VISTA: La Ley núm. 498-06, del 28 de diciembre de 2006, que establece el Sistema Nacional de Planificación e Inversión Pública;

VISTA: La Ley núm. 05-07, del 08 de enero de 2007, que crea el Sistema Integrado de Administración Financiera del Estado;

VISTA: La Ley núm. 10-07, del 8 de enero de 2007, que instruye el Sistema Nacional de Control Interno y de la Contraloría General de la República;

VISTA: La Ley núm. 41-08 de Función Pública, del 16 de enero de 2008, que crea la Secretaría de Estado de Administración Pública, hoy Ministerio de Administración Pública.

VISTA: La Ley núm. 347-12, del 09 agosto de 2012, Orgánica de Administración Pública, que concreta los principios rectores y reglas básicas de la organización y funcionamiento de la Administración Pública, así como las normas relativas al ejercicio de la función administrativa por parte de los órganos y áreas que conforman la Administración Pública del Estado;

VISTA: La Ley núm. 123-15, del 16 de julio del 2015, que crea el Servicio Nacional de Salud



[Handwritten signature]
2



ANEXO #1

VISTO: El Decreto n.ºm. 732-04, del 3 de agosto de 2004, que establece el Reglamento de Recursos Humanos de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas;

VISTO: El Decreto n.ºm. 668-05, del 12 de diciembre de 2005, que declara de interés nacional la profesionalización de la función pública, y el diseño de estructuras homogéneas que sirvan de integración y coordinación transversales en las áreas responsables de las funciones jurídico-legales, administrativo-financieras, recursos humanos, información, estadísticas, planificación, coordinación y ejecución de proyectos de cooperación internacional y tecnología de la información y comunicación;

VISTO: El Decreto n.ºm. 434-07, del 18 de agosto 2007, que establece el Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas;

VISTO: El Decreto n.ºm. 527-09, del 21 de julio del 2009, que aprueba el Reglamento de Estructura Organizativa, Cargos y Política Salarial, de la Ley n.ºm. 41-08 de Función Pública;

VISTO: El Decreto n.ºm. 351-13, del 10 de diciembre de 2013, que modifica los considerandos segundo y cuarto y el art. 1 del Decreto n.ºm. 133-12, que designa con el nombre Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares;

VISTA: La Resolución n.ºm. 05-09, del 4 de marzo del 2009, que modifica el Instructivo para el Análisis y Diseño de Estructuras Organizativas en el Sector Público, aprobado mediante la Resolución n.ºm. 78-06, del 23 de noviembre del 2009;

VISTA: La Resolución n.ºm. 14-2013, del 11 de abril del 2013, que aprueba los modelos de estructuras de las Unidades Institucionales de Planificación y Desarrollo (UIPD);

VISTA: La Resolución n.ºm. 31-2013, del 11 de abril del 2013, que aprueba los modelos de estructuras de las Unidades de Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs);

VISTA: La Resolución n.ºm. 30-2014, del 01 de abril del 2014, que aprueba los modelos de estructuras de las Unidades Jurídicas para el sector público;

VISTA: La Resolución n.ºm. 68-2015, del 01 de septiembre del 2015, que aprueba los modelos de estructuras de las Unidades de Recursos Humanos para el sector público.

M. A.

En virtud de las atribuciones que confiere la Ley n.ºm. 123-15, que crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), dicta la siguiente:

RESOLUCIÓN

ARTÍCULO 1: Se aprueba la estructura organizativa del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (INCART) para garantizar el cumplimiento de las funciones de su competencia y dar respuesta a los mandatos establecidos en la Ley n.ºm. 123-15, estructurada de la siguiente manera:

UNIDADES NORMATIVAS O DE MÁXIMA DIRECCIÓN:

Dirección INCART



[Handwritten signatures and initials]



ANEXO #1

UNIDADES CONSULTIVAS O ASESORAS:

- Consejo de Administración Hospitalaria
- Departamento de Recursos Humanos, con:
 - División de Registro, Control y Nómina
 - División de Reclutamiento, Evaluación del Desempeño y Capacitación
- Departamento de Planificación y Desarrollo, con:
 - División de Formulación, Monitoreo y Evaluación de Planes, Programas y Proyectos
 - División de Desarrollo Institucional y Calidad en la Gestión
- División de Epidemiología, con:
 - Sección de Bio-Seguridad
- Sección de Jurídica
- Sección de Comunicaciones
- División de Auditoría Médica

UNIDADES AUXILIARES O DE APOYO:

M. K. 2

- Departamento Administrativo, con:
 - División de Compras y Contrataciones
 - División de Hospitalaria
 - División de Almacén y Suministro
- División de Servicios Generales, con:
 - Sección de Electromedicina
 - Sección de Mantenimiento
 - Sección de Transportación
- Departamento Financiero, con:
 - División de Contabilidad
 - División de Tesorería
 - División de Facturación y Seguros Médicos
- División de Trabajo Social
- Departamento de Tecnologías de la Información y Comunicación, con:
 - División de Administración del Servicio TIC
 - División de Operaciones de TIC
- División de Atención al Usuario, con:
 - Sección de Admisión y Archivo Clínico

[Handwritten signatures]





ANEXO #1

UNIDADES SUSTANTIVAS U OPERATIVAS:

- Departamento Médico, con:
 - o División de Especialidades Clínicas
 - o División de Especialidades Quirúrgicas
 - o División de Radio-Oncología
 - o División de Emergencias y Urgencias
 - o División de Enfermería
 - o División de Investigación Clínica
 - o División de Residencias Médicas
 - o División de Medicina Nuclear
 - o División de Salud Bucal
 - o División de Producción de Radiofármaco (CICLOTRON)
 - o División de Servicios de Apoyo a la Gestión Médica, con:
 - o Sección de Laboratorio Clínico
 - o Sección de Laboratorio de Anatomía Patológica
 - o Sección de Diagnóstico e Imágenes
 - o Sección de Banco de Sangre
 - o Sección de Farmacia y Almacén de Medicamentos

ARTÍCULO 2: A los fines de lograr coherencia, uniformidad y claridad en la estructura organizativa del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Taveras (INCART), se establecen cuatro (4) niveles jerárquicos identificados por las siguientes denominaciones, conforme a lo estipulado en el artículo 27, de la Ley n.º. 247-12, Orgánica de Administración Pública, del 9 de agosto del 2012:

M.F.

- a) Dirección
- b) Departamento
- c) División
- d) Sección

ARTÍCULO 3: Se integran dentro de una estructura de cargos las funciones de OAI, Control Interno y Correspondencia, bajo la coordinación del Dirección del INCART.

ARTÍCULO 4: Se aprueba el Departamento de Recursos Humanos, bajo la dependencia de la Dirección del INCART, con el objetivo de asesorar, implementar y desarrollar el sistema de gestión de recursos humanos, enmarcado en la Ley n.º. 41-08, de Función Pública, garantizando la existencia de servidores públicos motivados e idóneos, que contribuyan al logro de los objetivos institucionales, siguiendo los lineamientos de la Resolución n.º. 068-2015, del 01 de septiembre de 2015, que aprueba los Modelos de



[Handwritten signatures]



ANEXO #1

Estructura Organizativa para las Unidades de Recursos Humanos; el cual tendrá bajo su dependencia a las siguientes unidades organizativas:

- a) **División de Registro, Control y Nómina**, responsable del registro y control de las informaciones relativas a los recursos humanos, así como elaborar y dar seguimiento a la nómina del INCART.
- b) **División de Reclutamiento, Evaluación del Desempeño y Capacitación**, responsable de reclutar y seleccionar al personal con el perfil idóneo para ocupar el cargo, manteniendo los principios de igualdad, transparencia, objetividad y equidad en los procesos de incorporación y promoción en la Función Pública, así como de organizar y ejecutar el proceso de evaluación del desempeño del personal, a fines de contribuir al logro de los objetivos institucionales y diseñar y elaborar los planes de estudios, programas de actividades y eventos de formación, capacitación y adiestramiento de los Recursos Humanos.

ARTÍCULO 5: Se aprueba el Departamento de Planificación y Desarrollo, dependencia de la Dirección del INCART, responsable de políticas, planes y programas, y de la gestión de la calidad, así como de elaborar propuestas para la ejecución de proyectos y cambios organizacionales, incluyendo retroalimentación de procesos, siguiendo los lineamientos de la Resolución núm. 14-2013, que aprueba los Modelos de Estructura Organizativa de las Unidades Institucionales de Planificación y Desarrollo (UIPD), el cual tendrá bajo su dependencia a las siguientes unidades organizativas:

MAP

- a) **División de Formulación, Monitoreo y Evaluación de Planes, Programas y Proyectos**, responsable de coordinar y conducir, así como monitorear y evaluar con los actores institucionales involucrados, el proceso de formulación de planes, programas y proyectos.
- b) **División de Desarrollo Institucional y Calidad en la Gestión**, responsable de garantizar la eficacia y desarrollo institucional, a través de intervenciones planificadas en materia de estructuras organizativas, procesos y cambio organizacional, así como promover, coordinar y asegurar la implementación de modelos, sistemas y/o normas de gestión de calidad y cualquier otra herramienta que contribuya a la mejora continua de la gestión institucional y de los servicios que ofrece a los ciudadanos.

ARTÍCULO 6: Se crea la División de Epidemiología, bajo la dependencia de la Dirección del INCART, con el objetivo de asegurar el registro y reporte de la ocurrencia de enfermedades súbitas a vigilancia epidemiológica para establecer medidas de prevención y control dentro del hospital, así como garantizar el manejo de desechos hospitalarios y casos de contaminación de las áreas o espacio físico, conforme a normas y procedimientos establecidos; la cual tendrá bajo su dependencia a la siguiente unidad organizativa:



[Handwritten signatures]



ANEXO #1

- a) Sección de Bio-Seguridad, responsable de las funciones de manejo de desechos hospitalarios y los casos de contaminación de las áreas o espacio físico del hospital, llevando un registro y control de los informes generados.

ARTÍCULO 7: Se aprueban las siguientes unidades organizativas, bajo la dependencia de la Dirección del INCART:

- a) Sección de Jurídica, responsable de asesorar en materia legal a la Dirección del INCART y empleados en los asuntos laborales, administrativos, civiles y penales, con estricto cumplimiento a las normas vigentes, según lineamientos de la Resolución n.º. 30-2014, del 01 de julio de 2014, que aprueba los Modelos de Estructura Organizativa de las Unidades Jurídicas en el Sector Público.
- b) Sección de Comunicaciones, responsable de asesorar a la máxima autoridad en materia de comunicación e imagen institucional y orientar a la opinión pública en el conocimiento adecuado de los actores que realiza el INCART, a través del flujo de información interna y externa, en base a las políticas trazadas por la Dirección del hospital.
- c) División de Auditoría Médica, responsable de realizar auditorías, evaluaciones y otras acciones de control, orientadas a verificar la eficacia y eficiencia de los procedimientos de atención médica, odontológica y de enseñanza e investigación, a fin de que la atención a los usuarios sea de calidad y al mejor costo beneficio.

M.A.L.

ARTÍCULO 8: Se aprueba el Departamento Administrativo, bajo la dependencia de la Dirección del INCART, responsable de dirigir, supervisar y controlar las actividades administrativas del INCART, de acuerdo a las normas y procesos establecidos, el cual tendrá las siguientes unidades organizativas bajo su dependencia:

- a) División de Compras y Contrataciones, responsable de la compra de materiales, servicios, mobiliarios y equipos para el Hospital.
- b) División de Hostelería Hospitalaria, con el objetivo de integrar bajo una misma estructura las funciones relativas al servicio de limpieza, alimentación y nutrición (cocina y distribución de comidas); y lavandería y ropería de los pacientes hospitalizados.



División de Almacén y Suministro, responsable de coordinar, controlar y programar la recepción y custodia de materiales y equipos, garantizando la distribución y entrega de los mismos a las áreas del hospital.

[Handwritten signatures]



ANEXO #1

d) **División de Servicios Generales**, responsable de garantizar los servicios de electromedicina, mantenimiento y transporte.

PÁRRAFO: Se aprueban las siguientes unidades organizativas bajo la dependencia de la División de Servicios Generales:

- a) **Sección de Electromedicina**, responsable de gestionar y supervisar el mantenimiento y reparación de los equipos médicos del hospital.
- b) **Sección de Mantenimiento**, responsable de proveer servicios de mantenimiento a las instalaciones físicas, así como efectuar la reparación y mantenimiento de equipos, sistemas eléctricos, de refrigeración y planta eléctrica de emergencia del INCART.
- c) **Sección de Transportación**, responsable del servicio de transporte para la realización de las actividades del Hospital, coordinando y supervisando la distribución, uso y mantenimiento de la flota vehicular.

ARTÍCULO 9: Se aprueba el Departamento Financiero, bajo la dependencia de la Dirección del INCART, responsable de dirigir, supervisar y controlar las actividades financieras del INCART, de acuerdo a las normas y procesos establecidos, el cual tendrá las siguientes unidades organizativas bajo su dependencia:

- a) **División de Contabilidad**, responsable del registro contable de todas las transacciones económicas y financieras, en cumplimiento a las normas legales de contabilidad gubernamental.
- b) **División de Tesorería**, responsable de tramitar y gestionar el cobro por facturación de seguros médicos, y cumplir con el pago oportuno de los compromisos adquiridos con los proveedores, gastos del personal, entre otros.
- c) **División de Facturación y Seguros Médicos**, cuya función es la de controlar, registrar las diferentes facturaciones de los servicios ofrecidos, así como el proceso relacionado con el registro y facturación los seguros médicos.

ARTÍCULO 10: Se asigna el nivel jerárquico de División a la Unidad de Trabajo Social, para que en lo adelante se denomine **División de Trabajo Social**, dependencia de la Dirección del INCART, responsable de asegurar los procesos de atención de usuarios ambulatorios y hospitalarios que requieren asistencia social, educativa e informativa.

ARTÍCULO 11: Se aprueba el Departamento de Tecnologías de la Información y Comunicación, bajo la dependencia de la Dirección del INCART, responsable de



[Handwritten signatures]



ANEXO #1

diseñar y administrar las aplicaciones y la infraestructura tecnológica del INCART y de las actividades relacionadas con la planificación, definición de estrategias, dirección y arquitectura de tecnologías de la información, velando por el adecuado uso de los recursos de la información y de las comunicaciones, así como el debido soporte y mantenimiento de los servicios y equipos, el cual tendrá las siguientes unidades organizativas bajo su dependencia:

- a) División de Administración del Servicio TIC, responsable de las actividades de soporte técnico a la infraestructura tecnológica, incluyendo el soporte funcional y mesa de ayuda a los usuarios de los servicios TIC.
- b) División de Operaciones de TIC, responsable de la operación y administración de la infraestructura tecnológica (servidores, bases de datos, redes, correo electrónico, telefonía IP, entre otros), así como el aseguramiento de la continuidad de las operaciones de TIC.

ARTÍCULO 12: Se reubica la División de Servicio de Atención al Usuario, bajo la dependencia de la Dirección del INCART, cuyo objetivo es garantizar los servicios de información a los usuarios, así como la admisión y archivo clínico de los pacientes del INCART.

M.F.

PÁRRAFO: Se crea la Sección de Admisión y Archivo Clínico, bajo la dependencia de la División de Servicio de Atención al Usuario, con el objetivo de garantizar el proceso de admisión y el registro de los expedientes clínicos de los usuarios.

ARTÍCULO 13: Se aprueba el Departamento Médico, bajo la dependencia de la Dirección del INCART, con la finalidad de coordinar, asegurar y evaluar los servicios médicos que proporciona el hospital, estableciendo mecanismos que garanticen el cumplimiento de las normas, guías y protocolos establecidos, el cual tendrá como dependencias las siguientes unidades organizativas:

- a) División de Especialidades Clínicas, con el objetivo de contribuir a la prevención y recuperación de la salud de los usuarios mediante atenciones ambulatorias de consulta general, especialidades y subespecialidades, así como en hospitalización, asegurando la continuidad de la atención del usuario mediante una atención oportuna y según el sistema de referencia y contrareferencia.

División de Especialidades Quirúrgicas, con el objetivo de contribuir a la prevención y recuperación de la salud de los usuarios mediante la realización de procedimientos quirúrgicos brindando atenciones quirúrgicas de cirugía general y

JR





ANEXO #1

especializadas de acuerdo al nivel de complejidad del usuario en coordinación con los servicios de apoyo a la curación y rehabilitación de los usuarios.

- c) **División de Radio-Oncología**, con el objetivo de administrar radioterapia personalizada a pacientes con criterios definidos, empleando radiaciones ionizantes en procura de lograr curación, remisión, control, y/o paliación de síntomas locales de la enfermedad y asegurar la dosis adecuada en la zona objetivo, impactando la calidad de vida de los pacientes.
- d) **División de Emergencias y Urgencias**, con la finalidad de garantizar las atenciones oportunas y de calidad a los usuarios críticos en casos de emergencia y urgencia médica de acuerdo con los lineamientos técnicos y recepción de triaje, facilitando atención a los usuarios mediante la recepción y coordinación de referencias que requieren otros niveles de atención.
- e) **División de Enfermería**, con el objetivo de garantizar el cumplimiento de los procesos del quehacer de enfermería en atención directa, investigación, docencia y administración proporcionando cuidados de forma integral con calidad y calidez, a fin de lograr la prevención curación, rehabilitación y satisfacción del usuario aplicando técnicas y procedimientos según lineamientos e instrumentos regulatorios de enfermería.
- f) **División de Investigación Clínica**, responsable de garantizar el desarrollo de investigadores en salud con altos estándares de calidad, que se realicen con excelencia, integridad, confiabilidad, relevancia e impacto positivo en beneficio de la calidad de vida y la salud de la población.
- g) **División de Residencia Médica**, responsable de planear, diseñar, implementar y evaluar programas de enseñanza e investigación continua, que contribuyen a la formación de capital humano de alta especialidad, orientados a fomentar el desarrollo científico a partir de líneas específicas y definición de estrategias en materia de salud.
- h) **División de Medicina Nuclear**, responsable de aplicar procedimientos de alta complejidad a los pacientes mediante la utilización de radiofármacos, de forma segura y eficaz, para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer u otras enfermedades, asegurando información detallada sobre la estructura y el funcionamiento del cuerpo humano, mejorando así la atención médica y el bienestar de los pacientes.
- i) **División de Salud Bucal**, con la finalidad de garantizar la prestación de los servicios de atención a la salud bucodental y tratamiento estomatológico a usuarios que requieran de atención especializada.



[Handwritten signatures and initials]



ANEXO #1

- j) **División de Producción de Radiofármaco (CICLOTRON)**, responsable de la producción de moléculas radiactivas de corta y media vida, utilizadas con fines diagnósticos y terapéuticos en la medicina nuclear y para la venta como medicamentos radiactivos a otros centros especializados del país.
- k) **División de Servicios de Apoyo a la Gestión Médica**, con la finalidad de contribuir a la determinación del diagnóstico a los usuarios mediante exámenes de laboratorio, imágenes y procedimientos y proporcionar atenciones que apoyen y complementen el tratamiento médico que el usuario requiere.

PÁRRAFO: Se aprueban las siguientes unidades organizativas bajo la dependencia de la División de Servicios de Apoyo a la Gestión Médica:

- a) **Sección de Laboratorio Clínico**, responsable de contribuir a la determinación del diagnóstico médico mediante la realización de exámenes clínicos a usuarios de consulta externa, emergencia y hospitalización, proporcionando resultados confiables y oportunos, cumpliendo con los estándares de calidad establecidos para los procesos de atención de los usuarios.
- b) **Sección de Laboratorio de Anatomía Patológica**, responsable de contribuir al diagnóstico histopatológico de los procedimientos quirúrgicos y ambulatorios, asegurando la ejecución de procedimientos técnicos especializados para el estudio de muestras o especímenes a los usuarios, con el objetivo de entregar un informe escrito de los hallazgos encontrados a fin de realizar el diagnóstico oportuno de patologías que puedan aquejar a los usuarios.
- c) **Sección de Diagnóstico e Imágenes**, responsable de contribuir al diagnóstico médico mediante la realización de exámenes por imágenes a usuarios de consulta externa, emergencia y hospitalización.
- d) **Sección de Banco de Sangre**, responsable de obtener, recolectar, conservar, aplicar y proveer sangre humana, así como para analizar y conservar, aplicar y suministrar componentes específicos de la misma, asegurando la correcta preparación, conservación, almacenamiento y suministro según las normas y protocolos establecidos.



Sección de Farmacia y Almacén de Medicamentos, responsable de garantizar la provisión y almacén de los medicamentos, manteniendo el abastecimiento de medicamentos vitales y esenciales, controlando los medicamentos de acuerdo con la normativa, fomentando su adecuado uso y racionalización.

ARTÍCULO 14: En los casos que, como consecuencia de la implantación de esta nueva estructura organizativa, se requiere de la realización de un servicio de carrera, deberán



SNS

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Formulario de Informe

DPD-FO-013

Fecha de Aprobación: 20/2/2023



ANEXO #1

realizarse las coordinaciones correspondientes con la Dirección de Sistemas de Carrera del Ministerio de Administración Pública (MAP).

ARTÍCULO 15: Se instruye a los Departamento de Planificación y Desarrollo, Departamento de Recursos Humanos, Departamento Administrativo y Departamento Financiero a implementar la estructura organizativa.

ARTÍCULO 16: Con el objetivo de facilitar la implementación de la reorganización interna del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Taveras (INCART), se elaborará y pondrá en vigencia los manuales de organización y funciones, y de clasificación de cargos, con el apoyo del Servicio Nacional de Salud (SNS).

ARTÍCULO 17: Según los cambios señalados mediante la presente Resolución, el organigrama resultante para el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Taveras (INCART), se consigna anexo a la misma.

DADA: En la ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los cuatro (04) días, del mes de septiembre, del año dos mil veintitrés (2023)

M. J. M.
de

JR
D. P. L.





ANEXO #1



[Signature]

Dr. José E. Ramírez Feliz
Director Instituto Nacional del Cáncer
Rosa Emilia Sánchez Pérez de Taveres

[Signature]

Dr. Edisson Rafael Feliz Feliz
Director Servicio Regional de
Salud Metropolitano

Aprobado por
[Signature]



Dr. Mario Andrés Lama Olivero
Director Ejecutivo del Servicio Nacional de Salud (SNS)

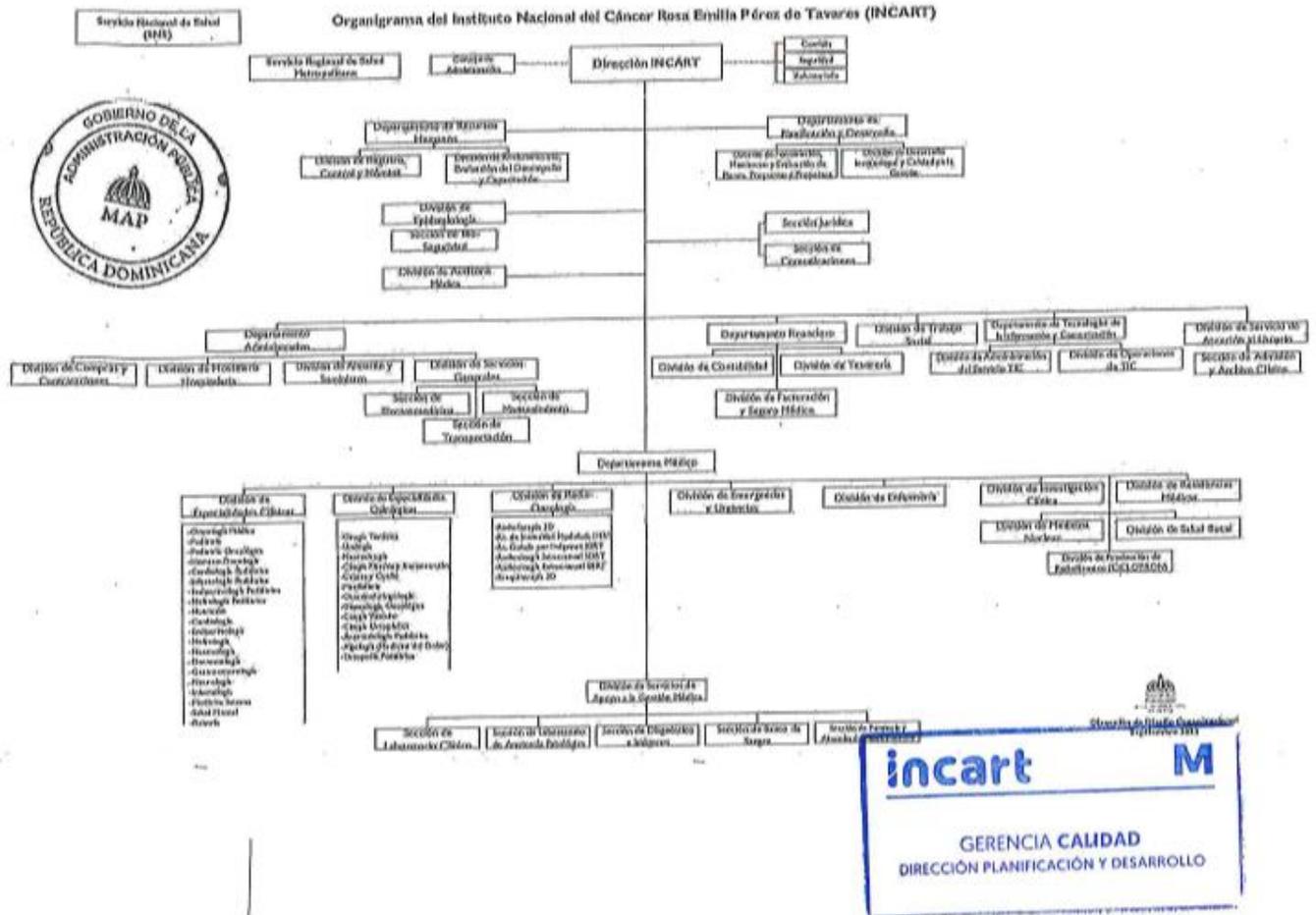
Refrendada por

[Signature]

Lic. Darío Castillo Lugo
Ministro del Ministerio de Administración Pública



ANEXO #1



2. Plan de Acción #2

No	Criterios No.	Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo	Tareas
2	1	1.3 Inspirar, motivar y apoyar a las personas en la organización y actuar como un modelo a seguir.	Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.	No existe un programa formal de reconocimiento.	Motivar a los empleados a reforzar comportamientos positivos alineados a los valores institucionales con miras a alcanzarlos objetivos propuestos	Definir una política en la cual se expliquen los lineamientos del programa de Reconocimiento Institucional Implementar el programa de Reconocimiento Institucional basado en las pautas establecidas por el SNS

Acción de Mejora #2

Se implementó la política de reconocimiento del SNS, se estará reconociendo al personal bajo los criterios de dicha política, hicimos reuniones con los directores para dar a conocer el proceso de reconocimiento, luego

sostuvimos un encuentro con los encargados y supervisores, usamos un correo masivo para dar a conocer la implementación del proceso de reconocimiento. El primer acto de reconocimiento a los colaboradores fue realizado el 6 de septiembre del 2023. Lista de Asistencia de la Socialización de reconocimiento.

Estatus: Completado 100%
Ver anexo # 2. Pág. 16/43

ANEXO #2



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

Nombre de la Actividad: Socialización de procedimiento de reconocimiento

Área Responsable: Gestión Humana

Fecha: 25/02/2023

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Hora:

Lugar/Plataforma:

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (X solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Rosang Barrios	F	001-0912091-1	Encargada	INCIART-CAT	[Firma]	rosang.barrios@incart.gub.ve
Wendy Salas	F	-	Encargada	Reclutamiento y Selección	[Firma]	809-0448561
Tania AM Akaid	F	001-7785242-4	Analista	Compras (SR-HH)	[Firma]	Tania.Akaid@incart.gub.ve
Kathel Montero	F	001-1099010-4	Secretaria	Gestión de Recursos Humanos	[Firma]	Kathel.Montero@incart.gub.ve
Shakel Nolasco	F	001-4506500-5	Coordinador	Tratamiento de Residuos	[Firma]	shakel.nolasco@incart.gub.ve
Yanira Jimenez	F	001-1350843-8	Gerente	INCIART (Prestación)	[Firma]	yanira.jimenez@incart.gub.ve
María V. Dato	F	007-0091384	Coordinadora	Superintendencia	[Firma]	María.V.Dato@incart.gub.ve
Beyza Polanco	F	001-19113945	Analista	Operatividad y Mantenimiento	[Firma]	Beyza.Polanco@incart.gub.ve
Wendy Juli	F	001-19778207	Directora	Compras Hospitalarias	[Firma]	Wendy.Juli@incart.gub.ve
Mileidy Almonzo	F	N/A	Encargada	Operaciones Operativas	[Firma]	Ext 2099
Yanira Jimenez	F	001-1089074-2	Gerente	Operatividad	[Firma]	Ext 1013
Bonny Rojas	F	001-1024537-4	Gerente	Servicios Auxiliares	[Firma]	1151
Aurora Jimenez	F	-	Analista	Calidad	[Firma]	Ext 1101
Yanira Jimenez	F	001-0835000-0	Coordinadora	Adm.	[Firma]	Ext 2065
Milady Santana	F	001-08927076	Secretaria	DR PL	[Firma]	Ext 3013
Yanira Jimenez	F	N/A	Encargada	Relaciones Públicas	[Firma]	Ext 2010

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

incart **M**
GERENCIA CALIDAD
DIRECCIÓN PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO

ANEXO #2



DIRECCION		RECIBIDO POR
DIRECCION GENERAL	Dr. Jose Ramirez	
DIRECCION DE PLANIFICACION	Licda. Haydee Acevedo	[Firma]
DIRECCION ADMINISTRATIVA	Licda. Lisette Rodriguez	[Firma]
DIRECCION MEDICA	Dr. Manuel Escarraman	[Firma]
DIRECCION TECNOLOGICA	Ing. David Montero	[Firma]
DIRECCION DE OPERACIONES	Ing. Nicolas Almonte	[Firma]
DIRECCION DE FINANZAS	Licda. Sandra Ciprian	[Firma]
DIRECCION DE GESTION HUMANA	Licda. Johanna Castillo	[Firma]

3. Plan de Acción #3

Criterios No.	Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo	Tareas
4	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.	Desarrollar una gestión eficaz de las expectativas, explicando a los clientes los servicios disponibles, incluyendo indicadores de calidad, a través, por ejemplo, de las Cartas de Servicio.	Diseñar e implementar la Carta Compromiso al Ciudadano	Desarrollar una gestión eficaz a las expectativas de los usuarios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Constitución de equipo/comité de calidad 2. Elaboración brochure divulgativo 3. Sensibilización del personal 4. Identificación servicios principales 5. Identificación atributos de calidad 6. Documentación de procesos 7. Mediciones de quejas/sugerencias 8. Mediciones de compromisos de calidad 9. Elaboración plan de comunicación interna 10. Elaboración plan de comunicación externa

Acción de Mejora #3

Todas las fases de elaboración de la carta Compromiso al Ciudadano fueron agotadas y ha sido sometida para su aprobación por parte del MAP en múltiples ocasiones. La última vez que fue sometida el 25/07/2023; a la recepción del informe de revisión de documentos por parte del MAP. La Estructura Organizativa de Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Pérez de Tavares (INCART) fue aprobada a través de la resolución Núm.046/2023. El acto de lanzamiento y la presentación de Brochure de Carta Compromiso fue el día 7 de diciembre del año en curso.

Estatus : Completado 100%

Ver anexo #3. Carta de cumplimiento por parte del Dir. General, Informe de respuesta de aprobación de la CCC y el brochure de Carta Compromiso al Ciudadano.

Pág. 18/43 hasta 22/43



SNS

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Formulario de Informe

DPD-FO-013

Fecha de Aprobación: 20/2/2023



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

ANEXO #3

"Avanzamos para ti"

25 de septiembre de 2023
Santo Domingo, R. D.

015981

Señor
José E. Ramírez Feliz
Director General
Instituto Nacional Del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Perez De Tavarez (INCART)
Su despacho. -

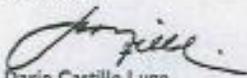
Distinguido Sr. Ramirez:

En respuesta a su solicitud recibida en fecha 13 de septiembre 2023, donde solicita la aprobación de la Carta compromiso al Ciudadano del Instituto Nacional Del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez De Tavarez (INCART), en su primera versión, le informamos que luego de validar los documentos anexados, se considera pertinente realizar algunas adecuaciones en base a los requerimientos de la metodología estipulados en la "Guía para el Desarrollo de las Cartas Compromiso al Ciudadano".

En este sentido, hemos anexoado un informe con los puntos que deben tomarse en cuenta para cumplir con los requerimientos antes mencionados y que fueron observados en la solicitud de aprobación. De igual forma se coordinará una reunión para socializar el informe y puedan realizar las correcciones. Una vez subsanadas podrán solicitar la aprobación del documento a través el portal web del MAP.

Agradecemos su interés en la elaboración e implementación de la Carta Compromiso al Ciudadano.

Acentamente,


Dario Castillo Lugo
Ministro de Administración Pública



DCL/SO/DDHSP Sc
DARCS-23-0703

Anexos:

- 1.- Informe solicitud de aprobación



**Ministerio de Administración Pública**

Dirección de Diseño y Mejora de Servicios Públicos

**INFORME RESPUESTA APROBACIÓN "CARTA COMPROMISO AL CIUDADANO"
INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER ROSA EMILIA SANCHEZ PEREZ DE TAVAREZ
(INCART)**

La revisión se efectuó conforme a la metodología de Carta Compromiso al Ciudadano, basándose en los siguientes aspectos:

1. Análisis del Contenido de la CCC.
2. Análisis de la metodología de elaboración.
3. Análisis de la Calidad de los compromisos.

De los anexos requeridos para la aprobación de la Carta Compromiso al Ciudadano, pág. 27 de la Guía para el Desarrollo de las Cartas Compromiso al Ciudadano, a continuación, se informa:

1. Comunicación firmada por la máxima autoridad de la institución solicitando la aprobación de la carta. – verificado.
2. Carta Compromiso (Brochure Divulgativo) – Observaciones
3. Constitución de equipo/comité de calidad (Firmado y Sellado) – verificado
4. Evidencia de sensibilización al personal de la institución – Verificado
5. Servicios Principales (Firmado y Sellado) – Verificado
6. Identificación de atributos de calidad (firmado y sellado) – Verificado
7. Procesos documentados (flujogramas o procedimientos, en donde se presentan las actividades del proceso) – Verificado
8. Mediciones de quejas/sugerencias (mínimo 3 meses) – Verificado
9. Mediciones de compromisos de calidad (mínimo 3 meses) – Observaciones
10. Plan de Comunicación Interna (Firmado y sellado) – Observaciones
11. Plan de Comunicación externa (Firmado y sellado) – Observaciones

A continuación, se explican las observaciones identificadas en la documentación recibida y/o los documentos faltantes:

Carta Compromiso (Brochure Divulgativo)

- Cara interna
 - En el apartado de los Compromisos de Calidad, el servicio de laboratorio, se debe eliminar el 85% ya que no lo estarán cumpliendo a nivel de satisfacción.
- Cara externa
 - Estructurar esta cara del brochure de forma trípeda, ya que presenta cuatro columnas en vez de tres.

Mediciones de quejas/sugerencias (mínimo 3 meses)

- Se debe remitir imagen de la plataforma 311, lo remitido es un informe.

Mediciones de compromisos de calidad (mínimo 3 meses)

- Remitir el análisis de los resultados de data bruta de las encuestas de satisfacción del trimestre junio-agosto 2023, para verificar los niveles de cumplimiento.
- Remitir reporte de tiempo de respuesta del servicio Laboratorio, trimestre junio-agosto 2023.

Plan de Comunicación Interna (Firmado y sellado)

- Especificar mes y año de la ejecución de las actividades en la primera y segunda actividad.

Ministerio de Administración Pública
Dirección de Diseño y Mejora de Servicios Públicos



Nota: para aclarar dudas o inquietudes sobre las observaciones, sugerimos coordinar una reunión virtual.

Preparado por:
Departamento de Análisis Regulatorio y Compromisos de Calidad (DARCS)

Verificado por:


Johana Guerrero
Directora de Diseño y Mejora de Servicios Públicos



10/02/23, 2:00 PM

Gmail - Fwd: Remisión informe respuesta a solicitud aprobación Carta Compromiso INCART.

ANEXO #3



Gerencia Calidad <calidad.incart@gmail.com>

Fwd: Remisión informe respuesta a solicitud aprobación Carta Compromiso INCART.

1 mensaje

Laura Viñas <lauravinas.incart@gmail.com> 3 de octubre de 2023, 12:26
Para: Erika Aquino Mejía <erika.aquino@map.gob.do>, Carlos Mesa De La Cruz <carlos.mesa@map.gob.do>
CC: Haydee Acevedo <haydeesacevedo.incart@gmail.com>, Jessica Fernandez <jessica.fernandez@map.gob.do>, Gerencia Calidad <calidad.incart@gmail.com>

Buenos días,

Luego de un cordial saludo, les solicitamos un encuentro para aclarar algunas dudas con relación a las observaciones del informe enviado.
Por favor confirmar su disponibilidad para el **jueves 5 de octubre a las 2:00 p.m.**

Quedo atenta a sus respuestas.

Saludos cordiales,

----- Forwarded message -----

De: Erika Aquino Mejía <erika.aquino@map.gob.do>
Date: mié, 27 sept 2023 a las 09:25
Subject: Remisión informe respuesta a solicitud aprobación Carta Compromiso INCART.
To: Laura Viñas <lauravinas.incart@gmail.com>

Buenos días,

Después de un cordial saludo, les remitimos el informe con las observaciones correspondientes, realizadas a la documentación de su solicitud de aprobación para la Carta Compromiso.

Cualquier inquietud o duda estamos a las órdenes.

Saludos,



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Erika Aquino Mejía



SNS

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Formulario de Informe

DPD-FO-013

Fecha de Aprobación: 20/2/2023

incart

INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER
ROSA EMILIA SÁNCHEZ PÉREZ DE TAVARES

FORMAS DE COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

LOS CIUDADANOS CUENTAN CON LAS SIGUIENTES FORMAS DE COMUNICACIÓN:

Presencial:

Av. Dr. Bernardo Correa y Cidrón, Esq. Calle Rafael Augusto Sánchez Ravelo. Zona Universitaria. Distrito Nacional. R.D.

Telefónica:

(809) 289-2700

Virtual

Página Web: www.incart.gob.do

Red Social:

Instagram: @incartrd

Facebook: Incart rd

Twitter: @incartrd

QUEJAS Y SUGERENCIAS

LAS VÍAS MEDIANTE LAS CUALES EL CIUDADANO PUEDE EXPRESAR SU PERCEPCIÓN ACERCA DEL SERVICIO BRINDADO SON:

Buzones: El recinto posee veinte buzones de quejas y sugerencias, distribuidos cuatro en el sótano, nueve en el primer nivel, tres en el segundo nivel, dos en el tercer nivel, uno en el cuarto nivel y uno en el sexto nivel. (Respuesta al usuario de máximo 15 días laborables)

Correo electrónico: calidad.incart@gmail.com
(Respuesta al usuario de máximo 15 días laborables)

Sistema de Atención Ciudadana 311:

portal web www.311.gob.do: las quejas recibidas por esta vía serán canalizadas por la Oficina de Libre Acceso a la Información y procesadas por Gestión de Calidad (Respuesta al usuario de máximo 15 días laborables).

MEDIDAS DE SUBSANACIÓN

En caso de incumplimiento de los compromisos que se declara en esta carta, el Director General de la institución emitirá una comunicación de disculpas, explicando las razones del incumplimiento y las medidas a adoptar para mitigar o eliminar estas causas. El tiempo de respuesta es de máximo 15 días laborables desde que se evidencie el incumplimiento.

DATOS DE CONTACTO

Dirección: Av. Dr. Bernardo Correa y Cidrón Esq. C/Rafael Augusto Sánchez Ravelo. Zona Universitaria, D.N., Rep. Dom.

Teléfono: (809) 289-2700

Horario de atención: 8:00 a.m. - 4:00 p.m.

Consulta: 7:00 a.m. - 7:00 p.m.

Emergencia: 24 horas

Hospitalización: 24 horas

Laboratorio Clínico: 7:00 a.m. - 4:00 p.m.



UNIDAD RESPONSABLE DE LA CARTA

La unidad responsable de recibir, procesar y tramitar todo lo relacionado con la Carta Compromiso es Gestión de Calidad dependiente de la Dirección de Planificación y Desarrollo.

(809) 289-2700

Ext. 2177 / 2015 / 3101

calidad.incart@gmail.com



REPUBLICA DOMINICANA
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



CARTA COMPROMISO
AL CIUDADANO

El Programa Carta Compromiso es una estrategia desarrollada por el Ministerio de Administración Pública con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios que se brindan al ciudadano, garantizar la transparencia en la gestión y fortalecer la confianza entre el ciudadano y el Estado.



CARTA COMPROMISO AL CIUDADANO

VIGENCIA

OCTUBRE 2023 - OCTUBRE 2025



DATOS IDENTIFICATIVOS

El Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (INCART), es un hospital de 3er nivel, calificación que corresponde a un hospital altamente especializado, monográfico dedicado al cáncer, descentralizado y con autonomía de gestión. Somos una entidad dependiente del Ministerio de Salud Pública, perteneciente a la Dirección Nacional de Servicios Públicos de Salud, o Red Pública de Salud.

NORMATIVAS

- Constitución de la República Dominicana; Art. 61.
- Ley General de Salud No. 42-01 del 8 de marzo del 2001.
- Ley 87-01 de Seguridad Social del 9 de mayo del 2001 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social; Art. 163.
- Ley 123 – 15 de fecha 16 de julio del año 2015 que crea el Servicio Nacional de Salud.
- Ley 41 – 08 de Función Pública del 16 de enero del año 2008.
- Decreto No. 434-07 del 18 de agosto del año 2007 que establece el Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas; Art. 5, Art. 6.
- Decreto No. 351– 99 sobre el Reglamento General de los Hospitales de la República Dominicana de fecha 12 de agosto de 1999.
- Ley No. 120-01 del 20 de junio del 2001, que instituye el Código de Ética del Servidor Público de la República Dominicana.

MISIÓN

Realizar labores de diagnóstico y tratamiento en pacientes oncológicos con equidad, humanismo y respeto a través del uso eficiente de los recursos, con tecnología moderna y comprometidos con el desarrollo de los recursos humanos e investigación.

INCLUSIÓN

El Incart garantiza la prestación de servicios de salud de una forma igualitaria para todos los usuarios, independientemente del lugar geográfico, género, credo, raza, nivel socioeconómico o cualquier otra dimensión.

El Incart cuenta con rampas especialmente diseñadas para permitir el acceso a personas con discapacidad. Las instalaciones también cuentan con ascensores que permiten a los usuarios trasladarse con facilidad por los diferentes niveles del hospital.

El establecimiento del hospital posee espacios habilitados y señalizados para usuarios con discapacidad y para embarazadas.

ATRIBUTOS DE CALIDAD

- Amabilidad: Trato cortés y respetuoso a los usuarios, de modo tal que se preserve su satisfacción mediante un ambiente cálido, agradable, empático, con calor humano genuino y diligente.
- Tiempo de Disponibilidad: Es el tiempo que tarda la institución en tener los resultados a disposición del usuario según el tiempo acordado por servicio.
- Profesionalidad: Brindar alto nivel de conocimiento y confianza, tanto académico como técnico con el fin de ofrecer la asistencia a los usuarios que buscan un servicio.
- Fiabilidad: Grado estimado para proporcionar atención e información a los usuarios de manera objetiva y confiable.

DEBERES DEL CIUDADANO

- Cumplir y respetar los reglamentos internos del hospital, los cuales a su ingreso le serán explicados a él o familiares.
- Suministrar la información correcta y verídica sobre su padecimiento y sobre cualquier aspecto social y epidemiológico (su dirección, familiares y posibles riesgos para el personal de salud, entre otros)
- Cumplir su tratamiento y asistir a las citas de seguimiento.
- Respetar al personal de salud.
- Cuidar y proteger las instalaciones y pertenencias del hospital.
- Respetar y ser solidario con los demás pacientes
- Mantener una higiene personal adecuada y contribuir a mantener el ambiente.
- Cuidar y conservar los recursos que la institución pone a su servicio.

COMPROMISO DE CALIDAD

Servicio	Atributos de Calidad	Estándares	Indicadores
Consulta Especializadas	Amabilidad	85%	% de satisfacción en encuestas trimestrales
	Fiabilidad	85%	% de satisfacción en encuestas trimestrales
Laboratorio Clínico	Tiempo de disponibilidad	Ambulatorio: 6 días laborables Emergencias: 1 día laborable	% Disponibilidad de Resultados a tiempo monitoreados mensualmente
	Amabilidad	85%	% de satisfacción en encuestas trimestrales
Centro de Imágenes	Amabilidad	85%	% de satisfacción en encuestas trimestrales
	Fiabilidad	85%	% de satisfacción en encuestas trimestrales
Emergencia	Amabilidad	85%	% de satisfacción en encuestas trimestrales
	Profesionalidad	85%	% de satisfacción en encuestas trimestrales
	Fiabilidad	85%	% de satisfacción en encuestas trimestrales
Hospitalización	Profesionalidad	85%	% de satisfacción en encuestas trimestrales
	Fiabilidad	85%	% de satisfacción en encuestas trimestrales



4. Plan de Acción #4

No	Criterios No.	Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo	Tareas
4	4.3. Gestionar las finanzas.	1. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.		Mejorar las tarifas con las ARSs Gestionar Recursos con organismos e instituciones que pueda cubrir parte del gasto de mantenimiento, ya que actualmente el INCART no genera los recursos necesarios para los fines. Reducir las glosas médicas, mediante el análisis intrínseco de sus causas.	Alinear los objetivos estratégicos con los financieros	Analizar de manera intrínseca las causas de las glosas médicas

Acción de Mejora #4

Se han realizado varias reuniones con el Supervisor de SENASA donde se han presentado la mayor cantidad de glosas reportadas. Entre las causas identificadas 1. Falta de Documentos. 2. Falta de firma por tarifas por pertenencias médicas. Estas causas se han tomados correctivos de lo cual en los meses de Julio, agosto y septiembre hubo una disminución en el porcentaje de las glosas generadas. Para el mes de noviembre el

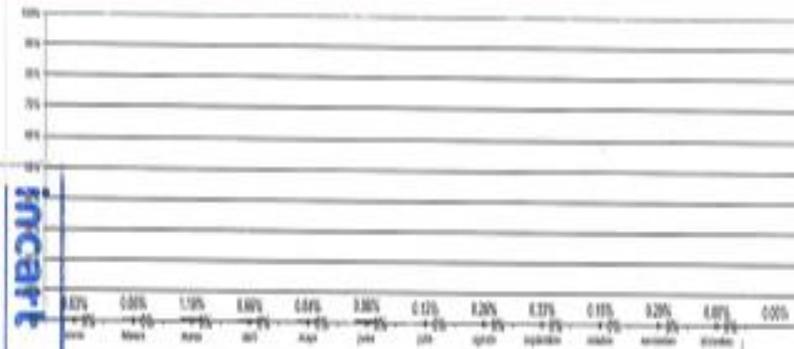
porcentaje que mide la glosa de los expedientes auditados en relación al total de expedientes revisados es de 0.15%. Entre los correctivos o acciones de mejora la encargada del departamento financiero ha estado reuniéndose con las distintas divisiones de su departamento con la finalidad de concientizar a todos en sus equipos sobre las causas de las glosas y que se debe hacer para corregirlo o mitigarlo. Los Expedientes se han reenviado a las ARS para el reclamo de los pagos.

Estatus: Proceso 85%

Ver anexo #4. Tablero de Mando donde se reportan los porcentaje de las glosas generadas mensualmente
Pag.23/43

ANEXO #4

Nombre de Indicador	Nivel de Glosa en Facturación a ARS
Frecuencia de Medición	Trimestral
Meta	0%
Responsable	Departamento Médico
Formula del Indicador	Monto glosado venta servicio del periodo /Total Ingreso
Fuente de Información	Reporte glosas/Ingresos por venta servicios
Unidades	%
Nivel Satisfactorio	>90%- < 99
Nivel Crítico	< 89



MES	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	LOGROS
Enero	0%	301,039.71	47,827,113.78	0.63%
Febrero	0%	370,957.73	43,062,970.51	0.86%
Marzo	0%	615,792.41	55,787,425.61	1.10%
Abril	0%	461,223.28	70,095,234.27	0.66%
Mayo	0%	607,023.84	72,531,486.35	0.84%
Junio	0%	555,292.28	56,468,729.86	0.98%
Julio	0%	95,123.62	79,276,717.46	0.12%
Agosto	0%	161,836.44	62,710,159.36	0.26%
Septiembre	0%	226,218.41	69,294,820.11	0.33%
Octubre	0%	70,689.05	46,663,979.01	0.15%
Noviembre	0%	174,687.60	59,717,878.38	0.29%
diciembre	0%			#DIV/0!

5. Plan de Acción #5

No	Criterios No.	Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo	Tareas
	4	4.3	2. Se realiza esfuerzos por mejorar continuamente los niveles de eficiencia y la sustentabilidad financiera, mediante la racionalización en el uso de los recursos financieros y económicos, como, por ejemplo: Control de inventario y almacenamiento de medicamentos e insumos médicos, equipos y otros; el control de la facturación para evitar pérdidas significativas en el registro de los procedimientos realizados a pacientes (glosas); mejoras en las condiciones de habilitación y servicios para aumentar la capacidad de ser Contratados por ARS, etc.	Por la cantidad de operaciones y recursos que la institución genera, el INCART debe contar con un sistema financiero robusto, que permita: Facturación oportuna y eficiente, lo que redundará en la disminución de los tiempos de espera de los pacientes. Módulo de reclamaciones, que identifique con oportunidad las facturas pendientes de reclamar y de donde se obtenga la trazabilidad de los expedientes clínicos luego de las altas médicas.	Mejorar continuamente los niveles de eficiencia y la sustentabilidad financiera	Se está desarrollando el proyecto de descentralización de cajas e implementación de sistemas de turnos automatizados.

Acción de Mejora #5

El proceso de turnos automatizados, actualmente está en el departamento de compras. Ya se realizó la descentralización de caja del primer piso para los diferentes niveles del hospital como el segundo y el tercer piso para una mejor asistencia al personal. Concerniente al proyecto de descentralización de facturación/caja se ha completado el mismo, habiéndose establecido puntos de facturación en los piso: Sótano, primer, segundo y tercer nivel en distintos puntos de facturación / cajas en los referidos niveles. En lo relativo al proyecto de la automatización de las autorizaciones en línea de SENASA el proceso de desarrollo de la interfaz está completado, y para su implementación se está a la espera de la adquisición del nuevo servidor donde se instalará esta interfaz. La orden de servicios está en la Unidad Operativa de Compra y Contrataciones.

Estatus: Proceso 85%

Ver anexo #5. Imágenes del Incart actuales por niveles donde están ubicada facturación y confirmación de citas y la orden de compras de la Implementación de los turnos automáticos.

Pág. 25/43 hasta 29/43



ANEXO #5

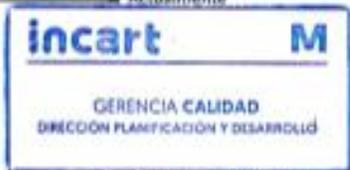
Counter 1er Piso /Bloque A



Actualmente



Actualmente





SNS

SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

ANEXO#5

IMÁGENES PROYECTO DE DESCENTRALIZACIÓN DE CAJA

Counter 2do Piso / Bloque A



Antes



Después

incart

GERENCIA CALIDAD
DIRECCIÓN PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO



SNS

SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario de Informe

DPD-FO-013

Fecha de Aprobación: 20/2/2023

ANEXO #5

Counter 3er Piso / Bloque B



Antes



Después



ANEXO 5

Página 1 de 2



NO EXPERIENTE
INST. NAC. DE CANCER-DAF-CM-2023-0119
Fecha de emisión: 28/02/23

Instituto Nacional de Cáncer 'Rose E. Tavares'
ORDEN DE SERVICIOS
UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: Inst. Nac. de Cáncer-2023-00442
Descripción: SERVICIO DE IMPLEMENTACION DE SISTEMAS DE TURNOS AUTOMATIZADOS
Modalidad de compra: Compras Menores

26/02/23
14:48:20

Datos del Proveedor

Razón social: Technology, Knowledge And Services, SRL (TECKLAS)
RNC: 130763182
Nombre comercial: Technology, Knowledge And Services, SRL (TECKLAS)
Domicilio comercial: Máster García Gadey, 18518 -, REPÚBLICA DOMINICANA
Teléfono: 809-327-4762

Datos Generales del Contrato

Anticipo: 4%
Forma de pago: Transferencia
Plazo de pago con recepción confirmada: 90 días
Monto total: 1,042,000.00
Moneda: DOP



Detalle

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

[Signature]
Nombre: Licette M. Rodríguez
Cargo: Directora Administrativa
Nombre y Apellido: Licette M. Rodríguez

[Signature]
Nombre y Apellido: Dr. José Estrella Pineda - Director General

INST. NAC. DE CANCER-DAF-CM-2023-0119

[Signature]
Dr. José Estrella Pineda



6. Plan de Acción #6

No	Criterios No.	Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo	Tareas
	4	4.5. Gestionar la tecnología	5. Aplica las TIC para mejorar los servicios internos y externos y proporcionar servicios en línea de una manera inteligente en procura de satisfacer las necesidades y expectativas de los grupos de interés.	No se han completado todas las actividades necesarias para lograr un uso generalizado de todas las herramientas de gobiernos electrónicos en la institución.	Mejorar los servicios en línea internos y externos para satisfacer las necesidades del cliente.	Se han iniciado los trabajos de Certificaciones en las normas Nortie y de implementación de Gobierno Electrónico que estaremos desarrollando desde ahora y durante todo el 2023 para las mejoras en estos servicios. Aunado a estos, con la nueva implementación del Sistema ERP Dynamic se tendrá la base para integrar mayores servicios.

Acción de Mejora #6

Se renovó la norma NORTIC E1 sobre uso de las redes sociales y se empezó a realizar el proceso para la obtención de la normativa NORTIC A2 sobre el desarrollo de página web y la de transparencia de los órganos del estado dominicano.

Para la obtención de la certificación de la normativa A2 luego de las acciones correctivas preliminares se solicitó a la OGTIC la auditoría correspondiente a dicha certificación, la cual fue programada para el día 22/08/2023, teniendo el auditor OGTIC dos días hábiles luego de dicha auditoria para responder con las observaciones de la misma o en su lugar proveer la certificación de cumplimiento. Fuimos informado por la auditora OGTIC que debido a la suspensión de labores por el paso de la tormenta Franklin se tuvo que reagendar la misma para el día 28/08/2023. La misma se realizó y se obtuvo el resultado de aprobación de la misma, y en un proceso de dos a tres semanas se tendrá el certificado impreso de esta.

Para la certificación de la normativa A3, NORTIC A3 ya se autorizó la emisión de la certificación.

Estatus: Completado 100%

Ver anexo #6. Informe de Auditoría sobre la de aprobación y cumplimiento de la Ogtic
 Pág. 32/43 hasta 33/43



ANEXO #6



Certificado de Cumplimiento de la NORTIC E1:2022

INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER ROSA EMILIA SÁNCHEZ PÉREZ DE TAVARES

Ha sido evaluado y aprobado bajo los estándares establecidos en la Norma para la Gestión de las Redes Sociales en los Organismos Gubernamentales (NORTIC E1: 2022), certificando las siguientes Redes Sociales:

› REDES SOCIALES CERTIFICADAS

- Facebook
- YouTube
- Twitter
- Instagram

› NIJ: 20008-02-E122020

Certificado válido desde el 07 de marzo de 2023 hasta el 07 de marzo de 2025.
Emitido el 07 de marzo de 2023 en Santo Domingo, República Dominicana.

Certificado y Autorizado por:



Firmado digitalmente por
Bartolomé Pujals
16/05/2023 15:29 APT



BARTOLOMÉ PUJALS
Director General
OFICINA GUBERNAMENTAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (OGTIC)

Este documento se emite por la OGTIC, bajo sus estándares generales de certificados de estándares.

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA**II- RESULTADOS DE AUDITORÍA**

El auditor de normas y estándares ha realizado una verificación de las evidencias remitidas, levantando con esto los hallazgos contenidos en este informe, finalmente utilizando estos últimos como base para emitir las siguientes conclusiones:

- El Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (INCART) ha demostrado cumplimiento mayoritario y evidenciado de frente a los requisitos exigidos por la NORTIC A2:2021 sobre el Desarrollo y Gestión de los Portales Web y la Transparencia de los Organismos del Estado Dominicano, por lo que se otorga la certificación con una duración de 2 años de vigencia a partir de la fecha de emisión del presente informe.

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA**II- RESULTADOS DE AUDITORÍA**

El auditor de normas y estándares ha realizado una verificación de las evidencias remitidas, levantando con esto los hallazgos contenidos en este informe, finalmente utilizando estos últimos como base para emitir la siguiente conclusión:

- El Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (INCART) ha demostrado cumplimiento mayoritario y evidenciado de frente a los requisitos exigidos por la NORTIC A3:2014 sobre la Publicación de Datos Abiertos del Gobierno Dominicano, por lo que se otorga la certificación con una duración de 2 años de vigencia a partir de la fecha 11/10/2023.

7. Plan de Acción

No	Criterios No.	Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo	Tareas
6		6.1. Mediciones de la percepción	1. La imagen global de la organización y su reputación pública (por ejemplo: percepción o retroalimentación sobre diferentes aspectos del desempeño de la organización: Comportamiento de los directivos y del personal, opinión de los servicios, sobre los sistemas de comunicación e información, imagen física de la infraestructura, seguimiento de los protocolos y manejo de desechos contaminantes, otros.)	Ampliar las encuestas a todas las áreas de la institución.	Estandarizar las encuestas realizadas a los usuarios de los servicios que ofrece el hospital.	Se está realizando la Encuesta General de Satisfacción del SNS. La misma se realiza diariamente a una muestra de 20 usuarios aleatorios y contempla la percepción de las áreas de: Emergencia, Hospitalización, Laboratorio, Imágenes y Consulta Externa.

Acción de Mejora #7

Se está llevando a cabo un indicador de respuesta a tiempo de quejas /sugerencia y los últimos 6 meses se ha mantenido por encima de la meta que es un 90%, al igual que los resultados de las encuesta de satisfacción en las áreas de Consultas, Hospitalización, Centro de Imágenes, Laboratorio Clínico y Emergencia que son reportados en los indicadores de Carta Compromiso al Ciudadano mensualmente. La División de Servicios de Atención al Usuario ha realizado propuestas al departamento de Gestión Usuario al Servicio Nacional de Salud para la ampliación de la cantidad de encuestas y anexar otras áreas para así sacar con mayor excelencia con las muestras.

Estatus: Completado 100%

Ver Anexo #7. Indicador respuesta a tiempo de las quejas/sugerencias y el indicador de la encuesta de satisfacción de la CCC

Pág. 34/43 hasta 35/43



Indicador Respuesta a Tiempo a Usuarios (Buzón de Queja, Sugerencia y Felicitaciones) **ANEXO #7**

Mes	Total de Quejas y Sugerencias	Plan de acción respondido a tiempo (5 días laborales)	% de Respuesta a tiempo	Respuesta a tiempo a usuarios (10 días)	% de Respuesta a tiempo	Meta	Comentarios
nov-22	69	69	100.00%	69	100.00%	90.00%	N/A
dic-22	41	40	97.56%	40	97.56%	90.00%	N/A
ene-23	46	46	100.00%	46	100.00%	90.00%	N/A
feb-23	46	46	100.00%	46	100.00%	90.00%	N/A
mar-23	57	56	98.26%	56	98.26%	90.00%	N/A
abr-23	75	75	100.00%	75	100.00%	90.00%	N/A
may-23	56	56	100.00%	56	100.00%	90.00%	N/A
jun-23	55	55	100.00%	55	100.00%	90.00%	N/A
jul-23	52	52	100.00%	52	100.00%	90.00%	N/A
ago-23	38	38	100.00%	38	100.00%	90.00%	N/A
sep-23	36	36	100.00%	36	100.00%	90.00%	N/A
oct-23	32	32	100.00%	32	100.00%	90.00%	N/A
nov-23	43	43	100.00%	43	100.00%	90.00%	N/A



incart M

GERENCIA CALIDAD
DIRECCIÓN PLANEACIÓN Y DESARROLLO

Resultados Encuestas de Satisfacción de los Atributos de Calidad Comprometidos
Carta Compromiso al Ciudadano

Noviembre 2023

ANEXO #7

Consulta

Pregunta	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	% Insatisfecho	% Satisfecho	Meta
¿Cómo califica la amabilidad del personal que le atendió?	78	134	3	0	1	2%	98%	85%
¿Cómo considera la profesionalidad del personal que le atendió?	74	138	1	3	0	2%	98%	
¿Cómo percibe el manejo de las informaciones del personal que le atendió?	70	133	13	0	0	8%	94%	

Laboratorio

Pregunta	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	% Insatisfecho	% Satisfecho	Meta
¿Cómo califica la amabilidad del personal que le atendió?	67	98	9	2	2	7%	93%	85%

Imágenes

Pregunta	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	% Insatisfecho	% Satisfecho	Meta
¿Cómo califica la amabilidad del personal que le atendió?	19	43	0	0	0	0%	100%	85%
¿Cómo considera la profesionalidad del personal que le atendió?	22	40	0	0	0	0%	100%	
¿Cómo percibe el manejo de las informaciones del personal que le atendió?	23	33	6	0	0	10%	90%	

Emergencia

Pregunta	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	% Insatisfecho	% Satisfecho	Meta
¿Cómo califica la amabilidad del personal que le atendió?	33	61	0	0	0	0%	100%	85%
¿Cómo considera la profesionalidad del personal que le atendió?	31	62	1	0	0	1%	99%	
¿Cómo percibe el manejo de las informaciones del personal que le atendió?	32	57	5	0	0	9%	90%	

Hospitalización

Pregunta	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	% Insatisfecho	% Satisfecho	Meta
¿Cómo considera la profesionalidad del personal que le atendió?	30	31	1	0	0	2%	98%	85%
¿Cómo percibe el manejo de las informaciones del personal que le atendió?	31	31	0	0	0	0%	100%	

8.

Crterios No.	Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo	Tareas
6	6.1. Mediciones de la percepción	4. Capacidades de la organización para la innovación.	Implementación de sistema de turnos automatizados	Agilizar los procesos internos de facturación	<p>Se está desarrollando el proyecto de descentralización de cajas e implementación de sistemas de turnos automatizados. En la fase piloto de traspaso de la interfase de SENASA a nuestro sistema ocurrieron dos incidentes para los cuales se están implementando medidas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajar los listados de pacientes en el día a día e ir eliminando las pólizas que no sean válidas para estos, así como ir contactando los usuarios para un debido proceso de actualización de los perfiles y con esto actualizar de manera correcta la base de datos con informaciones útiles para servicio. 2. Reforzar en el área las indicaciones de levantación de información para las nuevas filiaciones y de esta forma intentar reducir o evitar el surgimiento de nuevos casos.

Acción de Mejora #8

El proceso de turnos automatizados, actualmente está en el departamento de compras.

Ya se realizó la descentralización de caja del primer piso para los diferentes pisos del hospital como el segundo y tercer piso para una mejor asistencia al personal.

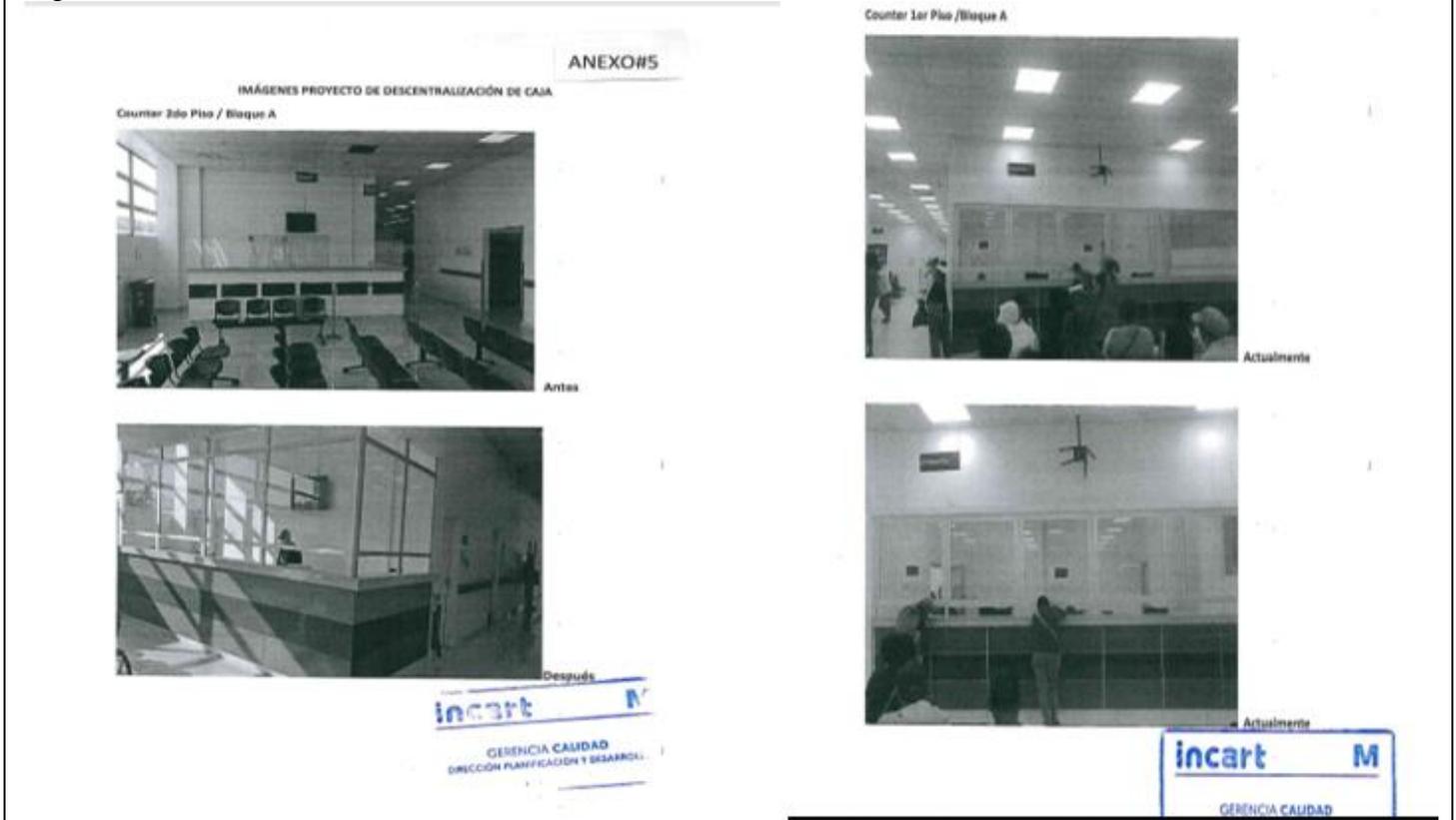
Concerniente al proyecto de descentralización de facturación/caja se ha completado el mismo, habiéndose establecido puntos de facturación en los pisos: sótano, primer, segundo y tercer nivel en distintos puntos de facturaciones/cajas en los referidos niveles.

En lo relativo al proyecto de la automatización de las autorizaciones en línea de SENASA el proceso de desarrollo de la interfaz está completado, y para su implementación se está en espera de la adquisición del nuevo servidor donde se instalará esta interfaz.

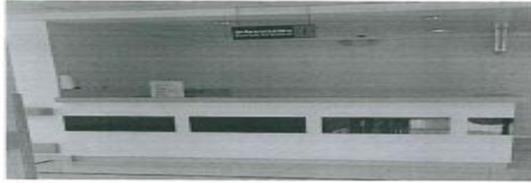
Estatus: Proceso 85%

Ver anexo # 5. Imágenes del Proceso de Descentralización piso 1,2 y 3

Pag. 36/43 hasta 37/43



Counter 3er Piso / Bloque B



Antes



Después



9. Plan de Acción #9

Criterio M.	Subcriterio M.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo	Tareas
I	7.1. Mediciones de la percepción.	9. La agilidad en los procesos internos de la organización.	Agilizar el proceso de facturación con un sistema de turnos automatizados y la descentralización de las cajas.	Garantizar la agilidad de los procesos internos.	<p>Se está desarrollando el proyecto de descentralización de cajas e implementación de sistemas de turnos automatizados. En la fase piloto de traspaso de la interfase de SENASA a nuestro sistema ocurrieron dos incidentes para los cuales se están implementado medidas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajar los listados de pacientes en el día a día e ir eliminando las pólizas que no sean válidas para estos, así como ir contactando los usuarios para un debido proceso de actualización de los perfiles y con esto actualizar de manera correcta la base de datos con informaciones útiles para servicio. 2. Reforzar en el área las indicaciones de levantamiento de información para las nuevas filiaciones y de esta forma intentar reducir o evitar el surgimiento de nuevos casos.

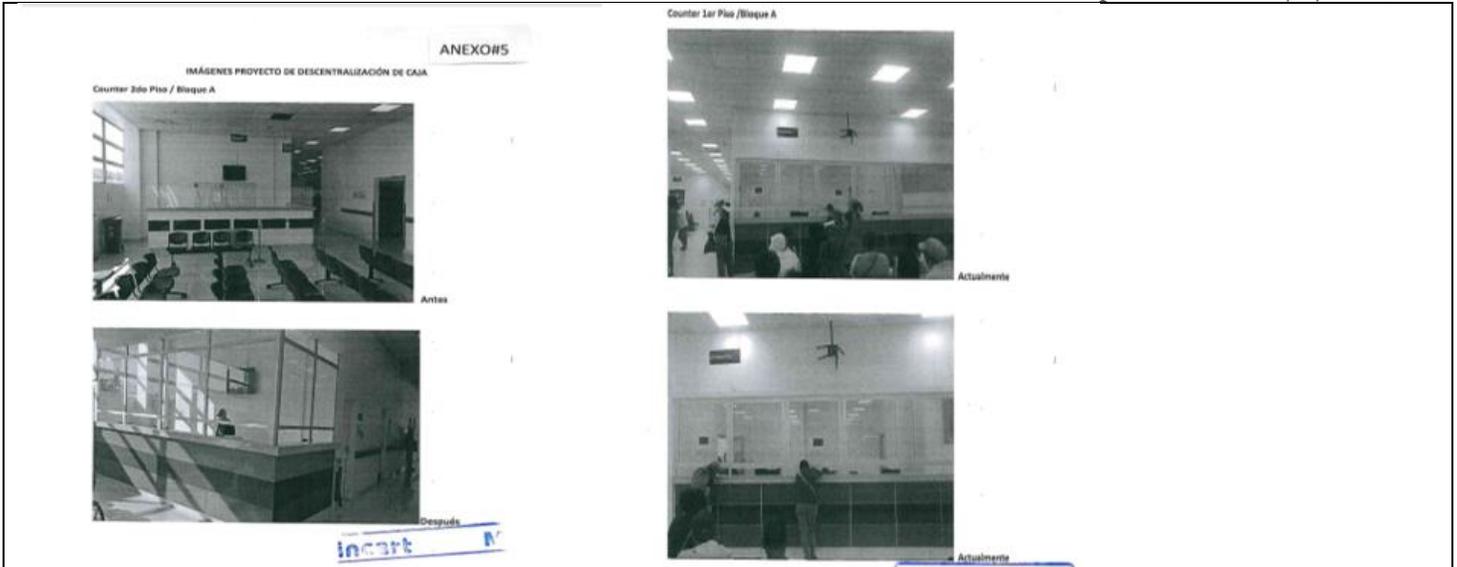
Acción de Mejora #9

En el proyecto de descentralización de caja inicia la facturación y confirmación de cita a partir del 22/05/2023 en el sótano y en el 2do piso y en el 3er en fecha 05/06/2020, cabe destacar que el proyecto se ha estado ejecutando de manera satisfactoria para los pacientes.

En el primer piso se inició un piloto en fecha 04/09/2023 consiste en colocar un facturador y cajero en el área de consulta para ver la factibilidad de avanzar el proceso.

Estatus: 85%

Ver anexo # 5. Imágenes del Proceso de Descentralización piso 1,2 y 3



10. Plan de Acción #10

Criterios No.	Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo	Tareas
9	9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.	Gerencia de Compras y Contrataciones Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.	No se realizan evaluaciones a suplidores.	Evaluar a los proveedores	Se estarán realizando las evaluaciones a los proveedores en el primer trimestre del año 2023

Acción de Mejora #10

En fecha 10 de agosto del 2023 se reunieron para evaluar un total de 40 proveedores (37 de bienes y 3 de servicios), las Gerentes de Compras y de Logística, Sras. Rosa Andújar y Yosandris Azcona. De los 40 proveedores evaluados, 37 fueron de Bienes (93%) y 3 de servicios (7%).

De bienes se evaluaron 13 proveedores de insumos médicos, 8 de medicamentos, 6 de alimentos y bebidas, 3 de reactivos e insumos de laboratorio, 2 de equipos de laboratorio y científico, 6 de materiales de limpieza y de oficina, 1 de combustible, 1 de elementos y gases y 1 piezas para ascensores.. Los 3 de servicios incluyen recogida de desechos, mantenimiento preventivo y mantenimiento y reparaciones de instalaciones.

Todos los proveedores fueron calificados según los criterios de evaluación de los formularios FO-COM-03 Y FO-COM-04 (Bienes y Servicios) y tomando el reporte del Portal Transaccional de Compras y Contrataciones del periodo enero-junio del 2023. Todos firmados por ambas Gerentes y enviados a cada uno de los proveedores.

Estatus: Completado 100%

Ver anexo #10

Pág. 39/43 hasta 42/43

8/17/23, 12:11 PM

Grat - EVALUACION PROVEEDOR ENERO-JUNIO 2023



Inst Rosa Emilia Sanchez de Tavares <incartcompras@gmail.com>

EVALUACION PROVEEDOR ENERO-JUNIO 2023

2 mensajes

Inst Rosa Emilia Sanchez de Tavares <incartcompras@gmail.com>
Para: Biomedicos AIDSA <biomedicos@aisadr.com>

15 de agosto de 2023, 11:08

Buenos dias

Córtésmente remitimos en datos adjuntos la evaluación de proveedor que corresponde a su empresa. Dicha evaluación comprende el periodo Enero-Junio 2023.

saludos cordiales,



Luz Jacqueline Rodriguez

Coordinadora de Compras
Compras y Contrataciones

+1 (849) 288-2168 (Ext. 2168)
incartcompras@gmail.com

Av. Bernardo Correa y Cidrés,
Esq. O' Rafael Augusto Sánchez Ravelo,
Zona Universitaria, Santo Domingo, R. D.

www.incart.gob.do



 EVALUACION ALIANZA INNOVADORA.pdf
329K

Biomedicos AIDSA <biomedicos@aisadr.com>
Para: Inst Rosa Emilia Sanchez de Tavares <incartcompras@gmail.com>

15 de agosto de 2023, 11:28

Buenos dias,

Gracias
(Texto estado oculto)

incart

INSTITUTO NACIONAL
DEL CÁNCER ROSA ELISA
SANCHEZ FERRAZ DE SUAREZ

PD-COM-02 | Versión 2 | Pág. 1/1

EVALUACIÓN DE PROVEEDORES DE BIENE

ANEXO #8

Proveedor: Pharmaceutical Technology, S.A. (Pharmatech)

Tipo de Producto: Medicamentos Fecha: ENERO-JUNIO 2023

Criterios de Evaluación	Calificación (del 1 a 5)	Ponderación	Calificación Ponderada	Comentarios
Recepción				
Precios correctos y competitivos	5	10%	10	
Faltantes- Orden incompleta	5	10%	10	
Calidad- Empaque	5	10%	10	
Descripción acorde con el producto	5	15%	15	
Comprobante Gubernamental	5	5%	5	
Compras				
Tiempo de entrega del producto	5	15%	15	
Tiempo de entrega de la cotización	5	15%	15	
Tiempo envío documentos requeridos	5	10%	10	
Respuesta frente a devoluciones	5	5%	5	
Servicio al cliente	5	5%	5	
		100%	100	

5- Excelente (Cumple totalmente) 4- Bueno (May rara vez incumple) 3- Necesita Mejorar (incumple 25% a 50%)
2- Necesita Mejorar (incumple 51% a 75%) 1- Malo (Cumplimiento total o más del 75%)

85 a 100 puntos- Excelente desempeño 65 a 84 puntos- Muy Buen desempeño 45 a 74 puntos- Buen desempeño
40 a 64 puntos- Se necesitan acciones de mejoras Menos de 40 puntos- Descartar proveedor para futuras compras

Acción Derivada de esta evaluación:

Observaciones Generales de puntos a mejorar:

Realizado por

<p>Departamento de Compras:</p> <p>Nombre: Lic. Rosa Andójar</p> <p>Firma: <i>Rosa Andójar</i></p>	<p>Departamento de Logística:</p> <p>Nombre: Lic. Yosendris Azcona</p> <p>Firma: <i>Yosendris Azcona</i></p>
---	---




incart

SERVICIO NACIONAL
DE SALUD
EN CAMBIO, MÁS SALUD
SERVICIO PARA LA VIDA

PD-027-03 | Versión 1 | Pág. 1 de 1

EVALUACIÓN DE PROVEEDORES DE SERVICIO

ANEXO #8

Proveedor: Alianza Innovadora de Servicios Ambientales, SRL

Tipo de Servicio: Servicios Recogida de Desechos Fecha: ENERO-JUNIO 2023

Criterios de Evaluación	Calificación (De 1 a 5)	Ponderación	Puntuación Obtenida	A Evaluar Por	Comentarios
Documentación requerida completa	4	10%	8	Gerencia de Compras	
Documentación requerida a tiempo	4	10%	8	Gerencia de Compras	
Precios correctos y competitivos	4	10%	8	Gerencia de Compras	
Servicio realizado en plazo acordado	4	20%	16	Director/ Gerente/ Enc. de área usuario	
Servicio realizado en su totalidad	5	20%	20	Director/ Gerente/ Enc. de área usuario	
Servicio cumple con las especificaciones de calidad requeridas	5	20%	20	Director/ Gerente/ Enc. de área usuario	
Servicios postventa (reclamaciones, requerimientos, etc.)	4	10%	8	Gerencia de Compras	
		100%	88		

5- Excelente (Cumple totalmente) 4- Bueno (Muy rara vez incumple) 3- Necesita Mejorar (incumple 25% a 50%)
 2- Necesita Mejorar (incumple 51% a 75%) 1- Malo (Incumplimiento total o más del 75%)
 80 a 100 puntos- Excelente desempeño 60 a 89 puntos- Muy Buen desempeño 70 a 79 puntos- Buen desempeño
 50 a 59 puntos- Se necesitan acciones de mejora Menos de 50 puntos- Descartar proveedor para futuros servicios

Observaciones Generales:

Realizado por

Gerencia de Compras: *[Firma]* Nombre: *[Nombre]* Dir. Gerente/Encargado de área usuario
 Nombre: *[Firma]* Nombre: *[Nombre]*
 Firma: *[Firma]* Firma: *[Firma]*



**SNS**SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario de Informe

DPD-FO-013

Fecha de Aprobación: 20/2/2023

RESULTADOS / CONCLUSIONES

El Seguimiento a la implementación del Plan de Mejora CAF anterior está en proceso de ejecución y desarrollo y al final del cuarto trimestre del año los planes habrán sido ejecutados en su totalidad de acuerdo a lo planeado.

RECOMENDACIONES

Continuar con el seguimiento mensualmente a la implementación del Plan de Mejora CAF

ANEXOS (Si aplica)

Plantilla de plan de mejora. Resolución aprobatoria de la Estructura Organizativa del Instituto Nacional del Cáncer (INCA), Resolución de aprobación y Correo Electrónico para revisión Carta Compromiso al Ciudadano, Lista de Participación del procedimiento reconocimiento, email evaluación de los suplidores.

Instrucciones de llenado:

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

Elaborado por
(Nombre y apellido)