

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

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

HOSPITAL EL ALMIRANTE

FECHA:

Mayo 2025

MODELO CAF: EL MARCO COMÚN DE EVALUACIÓN.

Presentación.

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

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

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

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

Santo Domingo, 2021

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA GUÍA.

Evaluación Individual.

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

Evaluación de consenso:

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

CRITERIOS FACILITADORES.

CRITERIO 1: LIDERAZGO

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

SUBCRITERIO 1.1. Dirigir la organización desarrollando su misión, visión y valores.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Los líderes (Directivos y supervisores): 1. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes.	En nuestra institución socializamos y realizamos diversos talleres con los grupos de interés y colaboradores los cuales son de ayuda para fomentar la misión y visión de nuestro Centro Hospitalario. Evidencias: Mural informativo Actas de reunión Carnet con la misión y visión	
2. Establece el marco de valores institucionales alineado con la misión y la visión de la organización, respetando que los principios y valores del sector público, específicamente del sector salud, tales como: universalidad, humanización, la integridad e integralidad, solidaridad, eficacia, la transparencia, la innovación, la responsabilidad social, la inclusión y la sostenibilidad, el estado de derecho, el enfoque ciudadano, la diversidad y la equidad de género, un entorno laboral justo, la prevención integrada de la corrupción, entre	Enfocandonos en el marco interinstitucional del sector salud, respetando los principios y acuerdos y normas del sector la institución cuenta con oficina de libre acceso a la información, sistema 311 los cuales contribuyen con la transparencia, integridad, innovación, eficacia, humanización, calidad, solidaridad, calidez, respetando los principios y valores del sector público. Fomentando la libertad de expresión, tanto de los usuarios como de los colaboradores. Teniendo como referencia la misión y visión de la organización. Evidencias: Página web	

otros, sean la corriente principal de las estrategias y actividades de la organización.	Carnet, Murales. Buzones de queja y sugerencias.	
3. Aseguran de que la misión, la visión y los valores estén en línea con las estrategias nacionales, teniendo en cuenta la digitalización, las reformas del sector y las agendas comunes.	Nuestra institución garantiza la salud mediante oferta de servicio integrales alineado con las normativas y estrategia nacionales contempladas dentro del marco jurídico de la Constitución de la República Dominicana y sus leyes: • Ley 42/01 • Ley 87/01 • Ley 123/15 • Ley 41/08 • Ley 434/07 • Ley 351/99 Evidencias: Murales, con la misión y visión Brochures	

	Redes sociales Página web.	
4. Garantizan una comunicación y un diálogo más amplios sobre la misión, visión, valores, objetivos estratégicos y operativos con todos los empleados de la organización y otras partes interesadas.	La institución cuenta con diversos recursos para difundir su misión y visión, tales como 2da versión de CCC, letreros en las diferentes áreas, redes sociales, página web. Evidencias: Murales Redes sociales Página web. Brochures.	
5. Aseguran la agilidad organizacional revisando periódicamente la misión, la visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo (por ejemplo, digitalización, cambio climático, reformas del sector público, especialmente las que impactan el sector salud, desarrollos demográficos: descentralización y desconcentración para acercar los servicios a individuos, familias y comunidades; impacto de las tecnologías inteligentes y las redes sociales, protección de datos, cambios políticos y económicos, divisiones sociales, necesidades y puntos de vista diferenciados de los clientes).	La Junta directiva del centro en coordinación con los encargados de las áreas de interés se reúnen de forma periódica, para analizar y socializar los cambios, necesidades y demandas de los usuarios y la coherencia de las directrices diseñadas a partir de la misión y visión del centro reevaluando con esto la capacidad de respuesta del hospital ante las altas demandas de los clientes que acuden en busca de los servicios. Evidencias: Actas de reuniones Aperturas de buzones Redes sociales.	
6. Preparan la organización para los desafíos y cambios de la transformación digital (por ejemplo, estrategia de digitalización,		No se evidencia

capacitación, pautas para la protección de datos, otros).		
7. Desarrollan un sistema de gestión que prevenga comportamientos no éticos, (conflictos de intereses, corrupción, etc.) facilitando directrices a los empleados sobre cómo enfrentarse a estos casos.	La institución cuenta con un comité de ética que tiene como objetivo prevenir comportamientos no éticos y/o conflictivos dentro del centro, además contamos con un Comité de Calidad que vela por el cumplimiento de los estatutos establecidos. Evidencias: Acta constitutiva del comité de ética Registro de participantes Actas de reuniones.	
8. Refuerzan la confianza mutua, lealtad y respeto entre líderes/directivos/empleados (por ejemplo: monitorizando la continuidad de la misión, visión y valores y reevaluando y recomendando normas para un buen liderazgo).	Realizamos de forma periódica reuniones con nuestros directivos y gerentes de áreas con la finalidad de valorar sus planteamientos para garantizar y fomentar la confianza y estrategia resolutoria que garantice el respeto y lealtad de nuestros colaboradores. Evidencias: Talleres y capacitaciones en manejo de conflicto Inducción a la administración pública Registros de participantes Acta de Minutas Fotos.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.	El hospital cuenta con su organigrama institucional, con la estructura organizativa. Evidencias: Manual de organización y función	
2. Se establecen objetivos y resultados cuantificables para todos los niveles y áreas, con indicadores para medir y evaluar el desempeño y el impacto de la organización.	El hospital aplica herramienta de medición estandarizada para alcanzar los objetivos y resultados alineados a las metas propuesta para el buen desempeño de nuestros colaboradores. Evidencias: Plan Operativo Anual Evaluación de desempeño.	
3. Se introduce mejoras del sistema de gestión y el rendimiento de la organización, de acuerdo con las expectativas de los grupos de interés y las necesidades diferenciadas de los pacientes (por ejemplo: perspectiva de género, diversidad, promoviendo la participación social y de otros sectores, en los planes y las decisiones, etc.).	La institución organiza y realiza constantes reuniones de trabajo con los diferentes coordinadores y miembros de los comites con el objetivo de identificar puntos de mejora para satisfacer las demandas de los usuarios y mejorar la experiencia del servicio recibido en nuestro establecimiento.	No se ha medido.

4. Funciona un sistema de información de la gestión basado en el control interno, la gestión de riesgos y el monitoreo permanente de los logros estratégicos y operativos de la organización (por ejemplo: Cuadro de Mando Integral, conocido también como “Balanced Scorecard”, NOBACI, otros).	La información que se produce en el centro es analizada y reportada al nivel central del SNS, POA y pagina web. Evidencias: POA Página Web Matriz de seguimiento MGP.	
5. Se aplica los principios de gestión de la Calidad Total o se tienen instalados sistemas de gestión de calidad o de certificación como el CAF, el EFQM, la Norma ISO 9001, etc.	La institución cuenta con un comité de calidad responsable de supervisar el cumplimiento de los principios de calidad en todas las áreas del hospital. Evidencias: Protocolos Guia Autoevaluación CAF	
6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.	La administración de redes sociales, página web y correos electrónicos de nuestra institución está alineada a nuestra estrategia y objetivos operativos.	No se ha medido.
7. Están establecidas las condiciones adecuadas para la innovación y el desarrollo de los procesos organizativos, médicos y tecnológicos, la gestión de proyectos y el trabajo en equipo.	La institución cuenta con gerentes y encargados en las distintas áreas, son realizadas reuniones periódicas con los responsables donde participan los directivos del centro. Evidencias:	

	Registro de participantes Fotos. Minutas	
8. Se asegura una buena comunicación interna y externa en toda la organización, mediante la utilización de nuevos medios de comunicación, incluidas las redes sociales, Cartera de Servicios actualizada publicada.	Nuestro centro de salud mantiene comunicación efectiva en todos los niveles asegurando que se Fomente la cultura de la organización. Evidencias: Circulares informativas Grupos de Whatsapp Correos electronicos.	
9. Los líderes/ directivos de la organización muestran su compromiso con la innovación, promoviendo la cultura de mejora continua y fomentando la retroalimentación de los empleados.	Los gerentes de la organización mantienen su compromiso de innovación fomentando una cultura de mejora continua por medio de reuniones, talleres, charlas y cumplimiento de acuerdos. Evidencias: Registro de participantes Acta de reuniones.	
10. Se comunican las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.	Nuestro hospital realiza de manera frecuente reuniones de socialización de las tomas de decisiones y cambios implementados en el hospital, con los encargados según el área de interés a fin de trabajar todos bajo una misma dirección y un ambiente laboral armonico.	

	Evidencias: Fotos comunicaciones.	
11.El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.	Evidencias: Listados de reuniones periódicas con los miembros del comité de ética, Fotos Minutas.	

Subcriterio 1.3 Inspirar, motivar y apoyar a las personas en la organización y actuar como un modelo a seguir.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Los líderes (directivos y supervisores): Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.) 1. Predica con el ejemplo, actuando personalmente en consonancia con los objetivos y valores establecidos, involucrándose en la mejora del sistema de gestión, participando en las actividades que realizan los servicios médicos, estimulando la creación de grupos de mejora, entre otros.	En nuestro hospital los encargados y jefes de servicios participan de los cursos, talleres y entregas de guardias Evidencias: Registro de participante Fotos.	
2. Inspira a través de una cultura de liderazgo impulsada por la innovación y basada, en la confianza mutua y la apertura, para contrarrestar cualquier tipo de discriminación, fomentando la igualdad de oportunidades y abordando las necesidades individuales y las circunstancias personales de los empleados.	Los gerentes de los departamentos médicos y administrativos, son dirigidos por hombres y mujeres sin importar su raza y procedencia esto se evidencia por las designaciones realizadas, y la comunicación sin barreras [por parte de las autoridades con todos sus colaboradores. Evidencias: Acción de personal Listado	

	Fotos	
3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.	Se efectúan reuniones periódicas mensualmente con los gerentes de los distintos departamentos donde se discuten los temas de interés para el buen funcionamiento de la organización y se comunican las acciones y resultados a todos los colaboradores. Evidencias: Listados Minutas Murales informativos	
4. Empoderan y apoyan al personal en el desarrollo de sus tareas, planes y objetivos, proporcionándoles retroalimentación oportuna, para mejorar el desempeño, tanto grupal como individual.	La institución facilita y apoya con recursos a sus colaboradores por medio de talleres y cursos a fin de contribuir con el crecimiento y mejora continua del talento. Evidencias: Plan de capacitación Registro de participantes Certificados.	
5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.	Los empleados forman parte de los distintos comités en los cuales tienen asignadas funciones y responsabilidades definidas. Evidencias: Actas de conformación comités Minutas de reuniones Lista de participación	

	Fotos.	
6. Promueven una cultura de aprendizaje para estimular a que los empleados desarrollen sus competencias y se ajusten a los nuevos requisitos (preparándose para los imprevistos y aprendiendo rápidamente.	La organización incentiva continuamente los procesos de formación continua de sus colaboradores por medio cursos, talleres con un porcentaje de cumplimiento de su plan de capacitación. Evidencias: Listado de participante de capacitaciones Plan de capacitación 2025	
7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.	La organización reconoce el esfuerzo de sus colaboradores. Evidencias: Murales informativos Certificados emitidos	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Analizan y monitorean las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas las autoridades políticas relevantes, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización.	Son Analizadas y monitoreadas las necesidades y expectativas de los grupos de interés por medio de encuestas, reuniones de trabajo. Evidencias: Minutas de reuniones con acuerdos y compromisos realizados con los grupos de intere y líderes comunitarios y autoridades locales. Informe de resultados encuestas Planes de mejoras Listado de participantes Fotos.	

2. Desarrollan y mantienen relaciones proactivas con las autoridades políticas desde las áreas ejecutivas y legislativas apropiadas, promoviendo la intersectorialidad en la solución de los problemas de salud, el establecimiento de redes de atención socio-sanitaria, entre otros.	Tenemos el apoyo de las autoridades del nivel central SNS, SRSMO, para garantizar y coordinar oportunamente acciones de mejora ante posibles situaciones que puedan afectar la continuidad de los servicios de salud. Evidencias: Documentación estandarizada, listados y fotografías de las diferentes actividades realizadas con las autoridades.	
3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.	En la actualidad contamos con políticas públicas con organismo como son las Juntas de Vecinos, entre otros.	No se ha medido.
4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.	Tenemos políticas alineadas con el nivel de atención al cual pertenece la Institución según lo establecido por el Ministerio de Salud Pública (MSP) Y el Servicio Nacional de Salud (SNS). Evidencia: Cartera de servicios del hospital.	

5. Gestionan y desarrollan asociaciones con grupos de interés importantes (ciudadanos/clientes-pacientes y sus familias, ONG, grupos de presión, asociaciones profesionales, asociaciones privadas, asociaciones de pacientes, otras autoridades públicas, autoridades sanitarias; proveedores de productos y servicios; la red de atención primaria; centros hospitalarios, universidades, etc.).	Contamos con Asociaciones de grupos de interés como autoridades públicas, instituciones Juntas de Vecinos, y otras instituciones sin fines de lucro.	No se ha medido.
6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.	El hospital El Almirante participa periódicamente de encuentros y actividades organizadas por asociaciones y grupos de presión	No se ha medido.
7. Aumentan la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización, centrado en las necesidades de los grupos de interés, especialmente, en lo que se refiere a la promoción y protección de la salud, control de las enfermedades, entre otros.	Es promovido el conocimiento público del hospital en lo referente a la promoción del control de enfermedades Evidencias: Página web, redes sociales, WhatsApp, Comunicaciones internas. Correos electrónicos, charlas, talleres.	

CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN.

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La Organización: 1. Identifica las condiciones que deben cumplirse para alcanzar los objetivos estratégicos, mediante el análisis regular del entorno externo, incluido el cambio legal, político, variables socioculturales, económicas y demográficas; factores globales como: el cambio climático, los avances médicos y los cambios en la atención al paciente; avances tecnológicos y otros, como insumos para estrategias y planes.	Para cumplir y poder alcanzar los objetivo estrategicos recibimos anualmente por parte del SNS nuestro plan operativo anual con las herramientas estandarizadas aportadas por los rectores de salud, se Elaboran informes de impacto, analisis de resultados para ver que tan efectivo son cada una de las acciones a favor de los usuarios y de nuestro entorno apoyados de medios digitales. Evidencias: Informes Planes de mejora Actas de reuniones.	
2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.	Estan identificados cada uno de los grupos de interés de acuerdo que maneja nuestro centro,a fin de adaptar cada uno de nuestros servicios para cubrir las necesidades y expectativas de los usuarios en función de nuestra capacidad resolutive. Nos apoyamos con las encuestas de satisfacción al usuario. Evidencias: Informe de Encuesta	

	Apertura de buzones de quejas y sugerencias de los usuarios y seguimiento a la CCC. Encuesta de clima laboral	
3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.	Las reformas estratégicas están establecida por nuestros rectores SNS/ SRSMO, de los cuales recibimos un retroalimentación continuo sobre las línea estratégica para el sector de salud, Las gerencias y departamentos trabajan sus planes durante todo el año. Evidencias: Reporte de Monitoreo por SNS, MSP Memoria semestrales Institucional.	
4. Analiza el desempeño interno y las capacidades de la organización, enfocándose en las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas / riesgos internos. Por ejemplo: análisis FODA, gestión de riesgos, etc.).	Realizamos autodiagnóstico de la matriz de metodología de gestión productiva de los servicios de salud/ Aplicación autodiagnóstico CAF para la identificación y aplicación de analisis DAFO. Evidencias: Autodiagnóstico CAF 2025/2026 Autodiagnóstico MGP . Informe de resultados	

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

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

4. Traduce la misión y visión en objetivos estratégicos (largo y mediano plazo) y operativos (concretos y a corto plazo) en base a prioridades, a las estrategias nacionales o las relacionadas con el sector que sean establecidas por sus órganos superiores.	La organización desarrolla sus objetivos alineados con misión, y visión apegados a los lineamientos del plan operativos del POA, Evidencias: POA, planes de mejora.	
2. Involucra los grupos de interés en el desarrollo de la estrategia y de la planificación, incluyendo los usuarios (individuos, familias y comunidades) al igual que otros sectores y subsectores que intervienen en la resolución de los problemas sanitarios, dando prioridad a sus expectativas y necesidades.	La organización cuenta con comités, donde sus miembros se reúnen periódicamente, gerentes y encargados de las Áreas de la institución participan en la elaboración y propuesta de mejoras a la demandas del sector. Evidencias: Acta comité de calidad, comité de farmacia, comité de Emergencia y desastre, Bioseguridad, Mortalidad Materno e Infantil, Control de infecciones, Club de donantes, acta de reuniones Registro de participantes.	
3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.	Los aspectos vinculados a la integración para la sostenibilidad en la gestión ambiental y responsabilidad social, diversidad están contemplado en el plan operativo anual. Evidencias: POA	
4. Asegurar la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.	La organización evalúa periódicamente los recursos con lo que cuenta para formular	

	mejoras que permitan un buen desempeño en todas las áreas. Evidencias: 67A, fondo de subvención, facturado ARS SENASA subsidiado y contributivo, Presupuesto anual y PACC.	
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Los líderes (directivos y supervisores): 1. Implementan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.	La directiva del centro realiza reuniones mensuales donde socializan, coordinan y planifican con los demás responsables las actividades a realizar del Plan Operativo Anual. Evidencias: Acta de reunión, minutas.	
2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.	Cada gerente y encargado participa en la elaboración de la metas alineada de los planes operativos por departamentos también en la formulación de los acuerdos de desempeño Evidencias: POA, Registro participante	
3. Comunican de forma eficaz los objetivos, las estrategias, los planes de desempeño y los resultados previstos/logrados, dentro de la	Se tiene permanente comunicación efectiva con todos los colaboradores informando por medio	

organización y a otros grupos de interés para garantizar una implementación efectiva.	de reuniones y actividades los resultados obtenidos. Los resultados son presentado y analizado en formato físico y digital vía correo a los responsable, en las reuniones mensuales cada responsable de área asumen el compromiso por medio de acuerdo de trabajar sus planes de mejora con miras alcanzar la meta. Evidencias: Comunicaciones Registro de participantes Informes de resultados Planes de mejoras.	
4. Aplican métodos para el monitoreo, medición y/o evaluación periódica de los logros de la organización en todos los niveles (departamentos, funciones y organigrama) para ajustar o actualizar las estrategias, si es necesario.	La organización hace reuniones de manera periódicas con los miembros del comité de calidad donde se realiza la evaluación de los logros del hospital en todo el nivel. Evidencias: Minuta de reunión e Informes y resultados de monitoreo	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Identifica las necesidades y los motores impulsores de la innovación y el cambio, teniendo en cuenta las oportunidades y la necesidad de la transformación digital.	La organización motoriza e impulsa nueva estrategia según la demanda y necesidades, contamos con servicios de laboratorio e imagen automatizado. online, optimizando los tiempos de respuesta en el área de imagen uy	

	laboratorio,tambien tenemos los reportes de producción de los departamentos. Evidencias: Reporte de entrega de resultados. Reportes estadísticos. Sistema Sinergia Sistema pack servi	
2. Construye una cultura impulsada por la innovación y crea un espacio para el desarrollo entre organizaciones, por ejemplo: a través de la formación, el benchmarking/benchlearning, laboratorios de conocimiento, etc.		No se evidencia.
3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.	Se comunica sobre los resultados y logros utilizando los medios internos del centro. Evidencias: Chats, correos, comunicaciones. Medios web.	
4. Implementa sistemas para generar ideas creativas y alentar propuestas innovadoras de empleados en todos los niveles y otros grupos de interés, que respalden la exploración y la investigación.		No se evidencia.
5. Implementa métodos y procesos innovadores para hacer frente a las nuevas expectativas de los ciudadanos/ clientes y reducir costos, proporcionándoles bienes y/o servicios con un mayor valor agregado.	Se aplica el sistema de gestión de entrega de resultados automatizados en las áreas de laboratorio e imágenes. Evidencias: Sistema Sinergia	

	Sistema pac server Reporte de resultados	
Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	Se realizan acuerdos de gestión para la implementación de nuestros planes a través del SNS como entidad rectora, para la obtención de los materiales necesarios, equipos y recursos humanos Evidencias: Comunicaciones Solicitudes ejecución de la subvención y los ingresos de facturación a través de los diferentes ARS Y Seguros Médicos.	

CRITERIO 3: PERSONAS

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.	Se detectan las necesidades de RRHH y sus competencias y si está acorde con el cargo y los requisitos solicitados. Se solicita al Servicio Regional Metropolitano de Salud y ellos lo tramitan al Servicios Nacional de Salud (SNS). Evidencias: Solicitudes Comunicaciones Hoja de vida, evaluaciones.	

2. Desarrolla e implementa una política transparente de recursos humanos basada en criterios objetivos para el reclutamiento, promoción, remuneración, desarrollo, delegación, responsabilidades, recompensas y la asignación de funciones gerenciales, teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro.	División de Recursos Humanos, apegado a la ley 41-08 de función pública y de acuerdo al perfil de cargo. Evidencias: Ley 41-08, permisos, perfiles de cargo.	
3. Implementa en la política de recursos humanos, los principios de equidad, neutralidad política, mérito, igualdad de oportunidades, diversidad, responsabilidad social y equilibrio entre el trabajo y la vida laboral.	La institución aplica la política de Recursos Humanos con los principios de equidad, mérito, igualdad de oportunidades entre otros. Son otorgado a los empleados sus permisos y se le reconoce y respetan sus derechos tenemos la responsabilidad social de ser prestador de servicios de salud en toda la demarcación geográfica. Evidencias: Permisos por estudios, permisos fallecimientos, permisos para actividades docentes y de capacitación 2da versión Carta Compromiso al Ciudadano. 2024-2026.	

4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.		No se evidencia.
5. Asegura, que las competencias y capacidades necesarias para lograr la misión, la visión y los valores de la organización sean las adecuadas, centrándose especialmente, en las habilidades sociales, la mentalidad ágil y las habilidades digitales y de innovación	La institución hace levantamientos de las áreas en coordinación con los responsables, se programan capacitaciones utilizando el plan de capacitación, se aplica la evaluación de desempeño a los colaboradores, contamos con el organigrama del hospital. Evidencias: Plan de capacitación Acuerdo de desempeño de colaboradores Manual de cargo.	
6. Gestiona el proceso de selección y el desarrollo de la carrera profesional con criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad (por ejemplo: género, discapacidad, edad, raza y religión).	La institución se adhiere a las normas y procesos de aceptar a cualquier recurso humano siempre y cuando tenga la capacidad y sea competente para desempeñar cualquier función. Evidencias: Evaluaciones, planes de capacitación.	
7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas	Se realizan actividades de integración laboral con miras de reconocer y fomentar las iniciativas y objetivos definidos por cada uno de los colaboradores. Evidencias: Evaluación de Desempeño, fotos.	

8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.	En base a las metas definidas se les realizan las evaluaciones de desempeño a cada uno de nuestros colaboradores. Evidencia: Formulario de acuerdo desempeño.	
9. Se aplica una política de género como apoyo a la gestión eficaz de los recursos humanos de la organización, por ejemplo: funciona una unidad de género, y acciones relacionadas a esta.	Contamos con política de igualdad de género, actualmente participan en su implementación la división de recursos humanos, planificación y desarrollo con apoyo de dirección.	No se ha medido.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se implementa una estrategia / plan de desarrollo de recursos humanos basado en la competencia actual y el desarrollo de perfiles competenciales futuros identificados, incluyendo las habilidades docentes y de investigación, el desarrollo de liderazgo y capacidades gerenciales, entre otras.	Desde la división de recursos humanos en coordinación con los gerentes y responsables se elabora el plan de capacitación anual Plan de capacitación. Listado de asistencia.	

2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.	Nuestra institución facilita y apoya a los colaboradores en el proceso de inducción. y capacitación en otras áreas del centro. Evidencia: constancia de inducción.	
3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.	Desde la Dirección y la División de Recursos Humanos por medio de los perfiles de puestos identifica el personal idóneo para ciertas funciones entre un área y otra, permitiendo optimizar los recursos de la institución. Evidencia: Comunicaciones.	
4. Se desarrollan y promueven métodos modernos de formación (por ejemplo, enfoques multimedia, formación en el puesto de trabajo, formación por medios electrónicos [e-learning], uso de las redes sociales).		No se evidencia.
5. Se planifican las actividades formativas en atención al usuario y el desarrollo de técnicas de comunicación en las áreas de gestión de riesgos, conflictos de interés, gestión de la diversidad, enfoque de género y ética.	Se capacita al personal que da atención directa en la división de Atención al usuarios, además de los gerentes de áreas de las diferentes divisiones, se les instruye a brindar servicios con calidez, eficacia y humanización a los pacientes. Evidencias: Fotos, lista de participación y certificado.	

6. Se evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros (gestión del conocimiento), en relación con el costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/beneficio.	Desde la División de Recursos Humanos se coordinan las actividades formativas a los colaboradores, son programadas y monitoreadas en función del tiempo y son socializados los resultados.	No se ha medido.
--	--	------------------

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se implementa un sistema de información que promueve una cultura de diálogo y comunicación abierta, que propicia el aporte de ideas de los empleados y fomenta el trabajo en equipo.	Se realizan reuniones y mesas de trabajo con los colaboradores, donde se generan lluvias de ideas y propuesta motivadoras que aportan al desarrollo de trabajo en equipo. Evidencias: Listado de asistencia, fotos, agenda.	
2. Se crean las condiciones para que el personal tenga un rol activo dentro de la organización, por ejemplo, en el diseño y desarrollo de planes, estrategias, objetivos y procesos; en la identificación e implementación de actividades de mejora e innovación, etc.	Actualmente tenemos conformados y actualizados 18 comités representados por los encargado de las diferentes divisiones y secciones de nuestro centro hospitalario, donde se permite un espacio participativo para aportar con sus ideas al fortalecimiento de los procesos de mejora.	

	Evidencias: Acta constitutiva, listado de participantes, fotos.	
3. Se realiza periódicamente encuestas a los empleados para medir el clima laboral y los niveles de satisfacción del personal y se publican los resultados y acciones de mejora derivadas.	Desde la División der recursos humanos se aplica anualmente a todos los colaboradores la encuesta de clima laboral. Evidencias: Informe de resultados, encuesta, planes de mejora.	
4. Se asegura buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos para garantizar la bioseguridad y otras condiciones de riesgo laboral.	Son realizadas evaluaciones de riesgos desde los departamento de salud ocupacional, división de recursos humanos, sección de infraestructura y epidemiología por medio de levantamiento y superviciones a fin de identificar y mejorar las condiciones de vulnerabilidad en las zonas de trabajo. Evidencias: Capacitaciones en bioseguridad Listado Fotos.	
5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.	Desde la División de Recursos Humanos son evaluadas las condiciones y situaciones de los colaboradores segun la la ley 41-08 se le brinda	

	las facilidades de acuerdo a sus compromisos laborales. Evidencias: Solicitud formularios de permisos solicitud formularios vacaciones, permiso de estudios, docentes.	
6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.	Los empleados que presenten una condición física o mental de vulnerabilidad se les realizan la adaptación de su puesto de trabajo en función del informe y evaluación de salud ocupacional. Evidencias: licencia médica, permisos	
7. Se aplican métodos para recompensar y motivar a las personas de una forma no monetaria (por ejemplo, mediante la revisión periódica de los beneficios, apoyando las actividades sociales, culturales y deportivas u otro tipo.	Desde la división de recursos humanos en coordinación con gerentes y encargados de áreas se propone la elección del colaboradora/or, más destacado en su lugar de trabajo. Para fines de otorgar reconocimientos no monetario. Evidencia: Programa de reconocimiento, certificados.	

CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.

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

SUBCRITERIO 4.1. Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes

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

Los líderes de la organización: 1. Identifican a socios clave del sector privado, de la sociedad civil y del sector público para construir relaciones sostenibles basadas en la confianza, el diálogo, la apertura y establecer el tipo de relaciones. Por ejemplo: Proveedores de equipos, insumos o servicios; universidades; grupos de voluntariados, organizaciones comunitarias, y sociedad civil, organismos internacionales, ARS, etc.).	La institución tiene identificados socios (proveedores de productos, compradores de servicios) del sector privado también clínicas privadas, universidades. Evidencias: Los suplidores de insumos, ARS contratada. Cartas de aceptación para los pasantes de enfermería de las universidades como son: UASD, UNIREMHOS, UFHEC, CATOLICA DE Santo Domingo.	
2. Desarrollan y gestionan acuerdos de colaboración, teniendo en cuenta el potencial de diferentes socios para lograr un beneficio mutuo y apoyarse mutuamente, con experiencia, recursos y conocimiento; incluyendo intercambiar buenas prácticas, servicios en redes y los diferentes aspectos de la responsabilidad social, entre otros. Por ejemplo: Laboratorios, Centros de Salud, etc.		No se evidencia.
3. Definen el rol y las responsabilidades de cada socio, incluidos los controles, evaluaciones y revisiones; monitorea los resultados e impactos de las alianzas sistemáticamente.		No se evidencia.

4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.		No se evidencia.
5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.	La institución cumple de acuerdo a lo establecido en la ley 340-06 sobre compras y contrataciones, con proveedores del estado aptos para suplir según lo establecido en la ley. Evidencia: Portal de compra	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Incentiva la participación y colaboración activa de los pacientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización (co-diseño, co-decisión y coevaluación) usando medios apropiados. Por ejemplo: a través de buscar activamente ideas, sugerencias y quejas; grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión, comités de calidad, buzón de quejas; asumir funciones en la prestación de servicios; otros.	La institución permite la participación de los usuarios por medio de encuestas de satisfacción al usuario, apertura de buzón de sugerencias, uso de redes sociales donde se le da respuesta a las inquietudes, canales digitales para interactuar con los usuarios. También son realizadas reuniones periódicas con el comité de calidad para evaluar y analizar la información aportada por grupos de interés. Evidencias: Informe de encuesta de satisfacción Acta de reunión comité de calidad Acta constitutiva comité de calidad.	

2. Garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización, derechos y deberes de los pacientes, etc.	Nuestro Hospital está alineado con la política de libre acceso a la información del SNS, tenemos cartera de servicio publicada y actualizada de fácil acceso a los pacientes. Evidencias: Portal de transparencia Oficina de libre acceso a la información Página web Cartera de Servicios Carteles con los derechos y deberes de los pacientes publicados en las diferentes áreas de servicio del hospital.	
3. Desarrolla una gestión eficaz de las expectativas, explicando a los pacientes los servicios disponibles y sus estándares de calidad, como, por ejemplo: el Catálogo de Servicios y las Cartas Compromiso de Servicios al Ciudadano.	Nuestro centro de salud cumple con calidad y transparencia el compromiso asumido en la carta compromiso al ciudadano, la cual se encuentra vigente, también contamos con la división de atención al usuario la cual tiene un personal comprometido al servicio de los usuarios, cartera de servicio actualizada y publicada con acceso a su consulta por parte de los usuarios por medio de web. Evidencias: Carta Compromiso, cartera de servicio.	

SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

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

1. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.	La institución como parte de optimizar y eficientizar cumple con lo establecido en el presupuesto anual el cual se encuentra alineado al plan operativo anual. Evidencias: Presupuesto anual y reportes financieros.	
2. Se realiza esfuerzos por mejorar continuamente los niveles de eficiencia y la sustentabilidad financiera, mediante la racionalización en el uso de los recursos financieros y económicos, como, por ejemplo: Control de inventario y almacenamiento de medicamentos e insumos médicos, equipos y otros; el control de la facturación para evitar pérdidas significativas en el registro de los procedimientos realizados a pacientes (glosas); mejoras en las condiciones de habilitación y servicios para aumentar la capacidad de ser Contratados por ARS, etc.	Se realizan reuniones periodicas con los miembros del comité de compras para evaluar y analizar los riesgos, debilidades y oportunidad que deben ser priorizados para la dismunución de gastos administrativos, insumos médicos, equipos, reducción de glosa por facturación. Evidencias: Reporte e Informes financiero Acta constitutiva del comité de compra Acta de reunión Minuta.	
3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.	Desde la gerencia financiera se realiza el análisis de los riesgos financieros, se toman las decisiones de lugar para garantizar el uso eficiente de los recursos financiero. Con un presupuesto equilibrado aplicando una contabilidad de costo y sistema de control financiero.	

	Evidencia: Plantilla de Excel de estado financiero.	
4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible.	Mediante los informe de estados financieros y estados de cuenta, enviados de manera periodica a la sede central, aseguramos cumplir con la transparencia financiera y presupuestaria. Evidencias: Informes de estados financieros, estados de cuentas, correos.	
5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.	Nuestro centro cuenta con una unidad de estadística responsable de realizar los reportes de producción hospitalaria. Evidencias: Formulario 67A.	

SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Ha creado una organización de aprendizaje que proporciona sistemas, procesos y procedimientos (protocolos) para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la resiliencia y la flexibilidad de la organización.	Nuestro hospital cuenta con manual de procesos establecidos y protocolos para realizar diversos procesos institucionales, tanto a nivel administrativos como asistencial, la información esta organizada por carpetas compartidas donde cada encargado de área tiene acceso. Evidencias: Carpetas compartidas SIGHO SUMINISTRO SUGEMI.	

2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.	La información y datos externos del hospital es recolectada a través de diferentes herramientas de almacenamientos tales como: pac serve, sigho, los cuales son sistemas de lectura de imágenes y distribución y almacenamiento de medicamentos e insumos. Evidencias: pac serve, sigho,	
3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.	.	No se evidencia.
4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.	La organización cuenta y aplica con un programa de capacitación donde participan instituciones externas que facilitan la formación continua de nuestro colaboradores. Evidencias: Plan de capacitación, invitaciones vía correos electrónicos, listado de participantes.	
5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.	Mediante el repositorio del 67-A nuestro hospital mantiene registradas las estadísticas, por medio del intranet se cargan varias matrices estadísticas, también de manera interna se utilizan carpetas compartidas con informaciones de interés y cuyo acceso es limitado y de uso exclusivo de cada representante según el área. Evidencias:	.

	Repositorio 67-A Intranet. Google Drive.	
6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.	El hospital garantiza la difusión continua y efectiva de las informaciones relevantes a todos sus colaboradores por medio de circulares, comunicaciones, murales informativos y grupos de whatsapp Evidencias: correos electronico institucionales y grupos de whatsapp	
7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.	Se organizan charlas, reuniones y talleres de formación, con los miembros de la organización para orientar sobre temas relevantes y de interes para la organización. Evidencias: Registro de participantes Fotos.	
8. Asegura el acceso y el intercambio de información relevante y datos abiertos con todas las partes interesadas externas de manera fácil de usar, teniendo en cuenta las necesidades específicas.	En la institución se asegura el acceso a la información por medio de nuestro sitio web, redes sociales y renovación segunda edición carta compromiso ciudadano, 2024-2026 la cual esta disponible en nuestra página web. Evidencias: página web, carta compromiso, redes sociales.	
9. Asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que se van		No se evidencia.

que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización.		
---	--	--

SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.	Desde la sección de tecnología se gestionan e implementan las acciones en coherencia con los objetivos estratégicos y operativos del centro. Evidencias: Instalación de equipos Tecnológico, uso de chats, correos, redes sociales, certificados ogtic.	
2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.		No se evidencia.
3. Identifica y usa nuevas tecnologías, relevantes para la organización, implementando datos abiertos y aplicaciones de código abierto cuando sea apropiado (Big data, automatización, robótica, análisis de datos, etc.).		No se evidencia.
4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.	En nuestro centro de manera continua nos apoyamos en el uso de la tecnología como son: página web, formato de archivo en Google formulario, listas, y matrices digitales Intranet del SNS.	No se ha medido.

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.	Utilizamos canales digitales para facilitar la comunicación entre los grupos de interés. Evidencias: Flota con Whatsapp para responder las inquietudes de forma ágil y eficiente.	
6. Toma medidas para proporcionar protección efectiva de datos y seguridad cibernética, implementando normas/protocolos para la protección de datos, que garanticen el equilibrio entre la provisión de datos abiertos y la protección de datos.		No se evidencia
7. Toma en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC, por ejemplo: la gestión de residuos de cartuchos, accesibilidad reducida por usuarios no electrónicos, etc.		No se evidencia.
8. Gestiona los procesos del SUGEMI acorde al modelo de atención que permita un abordaje de organización y la razón de mejorar los resultados para garantizar el acceso a medicamentos de calidad.	En nuestro centro se gestionan los procesos del SUGEMI de acuerdo al modelo de atención de salud que permita un abordaje de organización con el objetivo de mejorar los resultados que garanticen el acceso a medicamentos e insumos de calidad. Evidencias: Reporte del SUGEMI, facturas.	

SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Garantiza la provisión y el mantenimiento efectivo, eficiente y sostenible de todas las instalaciones (edificios, oficinas, suministro	La directiva de nuestro hospital en conjunto con el encargado de operaciones realizan rondas de supervisiones diarias con el objetivo de monitorear el correcto funcionamiento de toda la	

de energía, equipos, medios de transporte y materiales).	infraestructura, los hallazgos y debilidades son documentados para fines de plan de mejora. Evidencias: Listado de check list, formularios estandarizados e informes,	
2. Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.	Las instalaciones de trabajo del centro están adecuadas a la infraestructura para proporcionar condiciones que garanticen el acceso teniendo en cuenta las necesidades de todos los usuarios de forma inclusiva por medio de rampas, parqueos, Etc. Evidencias: Rampa de acceso, fotos.	
3. Aplica la política de ciclo de vida en un sistema integrado de gestión de instalaciones (edificios, equipos técnicos, etc.), que incluye su reutilización, reciclaje o eliminación segura.		No se ha implementado.
4. Asegurar que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).		No se evidencia.
5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.		No se ha implementado.
6. Garantiza la adecuada accesibilidad física a los edificios de acuerdo con las necesidades y expectativas de los empleados y de los pacientes (por ejemplo, acceso a aparcamiento o transporte público).	Tenemos acceso a discapacitados por medio de rampas, parqueos públicos para pacientes y empleados y ruta de transportes colectivos y la OMSA cerca del centro.	

	Evidencias: Rampas, Parada de Autobuses, parqueo señalizados.	
7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.	Tenemos conformado nuestro comité gestión de riesgo y desastres el cual realiza reuniones periodicas Evidencias: acta constitutiva Listados de asistencia.	
8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)	Tenemos el plan de mantenimiento preventivo/ correctivo donde se enfatiza el seguimiento a las áreas de quirófanos, sala de neonatología, emergencia y laboratorio Evidencias: Plan de mantenimiento Check list Formularios.	
9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).	Evidencias: Plantillas de Activo Fijo Estandarizado 2025 Informe de resultados mensual 2025	
10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.	Utilizamos la matriz del SNS sobre manejo de residuos hospitalarios y tenemos contratada compañía externa para el manejo de los residuos peligrosos. Evidencia: Contratos y facturas Clasificación de desechos Formularios.	

--	--	--

CRITERIO 5: PROCESOS.

Considere lo que la organización hace para lograr lo siguiente:

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La organización: 1. Tiene identificados claramente sus procesos en un mapa y los propietarios de cada proceso (las personas que controlan todos los pasos del proceso) y les asignan responsabilidades y competencias.	Nuestro centro tiene identificado sus procesos por áreas de servicios las cuales tienen mapas de procesos para realizar cada acción de forma coordina, tambien cotamos com manual de funciones y organigrama aprobados por el SNS Y MAP Evidencias: Mapa de Procesos, manual de funciones, Resolución.	
2. Los procesos clave son descritos, documentados y simplificados, de forma continua, en torno a las necesidades y opiniones de los pacientes, para garantizar una estructura organizativa y gestión ágil y eficiente.	Contamos con diagramas de flujos en áreas de alta demanda como atención al usuario, emergencias los cuales no permiten agilizar los pasos paras que los pacientes reciban los servicios oportunamente. Evidencia: Diagrama de flujo Manuales de procedimientos	

3. Impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización, prestando atención a las buenas prácticas nacionales e internacionales e involucrando a grupos de interés relevantes, a fin de satisfacer a los pacientes y sus familiares, al personal y a otros grupos de interés, generando valor agregado.		No se evidencia.
4. Analiza y evalúa los procesos, los riesgos y factores críticos de éxito, regularmente, teniendo en cuenta los objetivos de la organización y su entorno cambiante, y asignando los recursos necesarios para alcanzar los objetivos establecidos.	Para analizar y evaluar los riesgos de los procesos institucionales contamos con varios comités que se reúnen de manera periódica con los responsables de áreas para discutir la información recopilada a través de nuestro buzón y encuestas realizadas a los usuarios. Evidencias: Registros de participantes Formularios Informes de resultados.	
5. Establece indicadores de resultados para monitorear la eficacia de los procesos (por ejemplo: carta de servicios, compromisos de desempeño, acuerdos sobre el nivel de los servicios, etc.).	La institución cuenta con indicadores de resultados los cuales son revisados y analizados periódicamente por los responsables. Evidencias: tablero de mando Carta compromiso Ciudadano.	
6. Implementa un sistema de información en la provisión de servicios y el control epidemiológico eficaz, mediante la socialización y control de los Protocolos y Normas, las Medidas Sanitarias, la Articulación de la Red (Sistema de referencia	Todos los servicios asistenciales están debidamente conformados, sus integrantes participan de manera periódica en las reuniones de socialización del comité de control de infecciones, se discuten y conocen las nuevas actualizaciones de normas de expediente	

y contrarreferencia), el expediente clínico integral. (Expediente único) entre otros.	clínico, discusión de casos y brotes apoyándose en la plataforma de DIGEPI. Socializan protocolos, se analizan por medio de la matriz de referencia y contrarreferencia los porcentajes y motivos de referimiento los establecimiento de salud que refieren. Evidencias: Registros de participantes Auditoria de los expedientes clínicos Informes.	
7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.	La institución está habilitada hasta diciembre 2028. Evidencia: Licencia de Habilitación emitida por el MISPA.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Identifica, diseña, entrega y mejora los servicios y productos, utilizando métodos innovadores e involucrando a los pacientes y grupos de interés para identificar y satisfacer sus necesidades y expectativas. Por ejemplo: por medio de encuestas, retroalimentación, grupos focales, procedimientos de gestión de reclamos, aplicando la diversidad y la gestión de género, entre otros.	Por medio de los resultados de encuesta satisfacción al usuario y las sugerencia de los usuario se ha se trazado pautas para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos a los usuarios. Se instalo un software para entrega de resultados de laboratorio llamado Sinergia el cual permite reportar resultados de pruebas especifica en un plazo menor de 48 horas.	

	Evidencias: Encuesta de satisfacción, y buzones de sugerencias, formularios.	
2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.		No se ha implementado.
3. Promueve la accesibilidad a los productos y servicios de la organización. Por ejemplo: acceso en línea a los servicios o mediante el uso de aplicaciones móviles, horarios de consultas flexibles, atención domiciliaria o comunitaria; documentos en variedad de formatos (papel y/o en versión electrónica, idiomas apropiados, carteles, folletos, tableros de anuncios en Braille y audio), otros.	Evidencia: Cartera de servicio en pagina web Documentos y matrices estandarizadas por el SNS en formato electronico.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.		No se evidencia.

2. Participa en un sistema compartido con otros socios de la cadena de prestación de servicios, para coordinar procesos de la misma cadena de entrega, facilitar el intercambio de datos y servicios compartidos, como, por ejemplo: las Redes Integradas de Salud, las Mesas de Seguridad, Ciudadanía y Género de la localidad y otras.		No se evidencia.
3. Crea grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas. Por ejemplo: con las ARS, Laboratorios, Proveedoras de productos y servicios médicos, de mantenimiento, etc.	Son creados grupos de trabajo con representantes de las ARS y proveedores de servicios salud para mantener canales de comunicación efectiva y oportuna para dar repuesta ante cualquier situación que pueda afectar o interrumpir la continuidad de los servicios, se realizan reuniones periodicas, son utilizados canales digitales para garantizar la calidad de los servicios. Evidencias: Listado de participantes, Minutas y contratos. Comunicaciones, correos, chat.	
4. Desarrolla asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas estatales y públicas) sector privado y de ONG para la prestación de servicios coordinados.		No se evidencia.

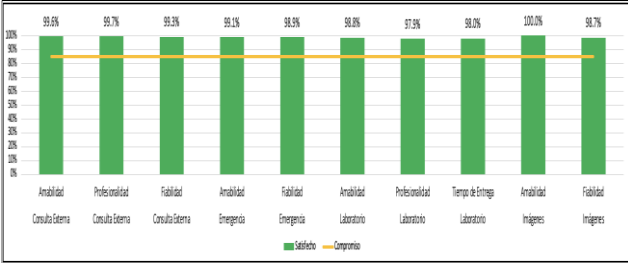
CRITERIOS DE RESULTADOS

CRITERIO 6: RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS/ CLIENTES.

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

SUBCRITERIO 6.1. Mediciones de la percepción

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

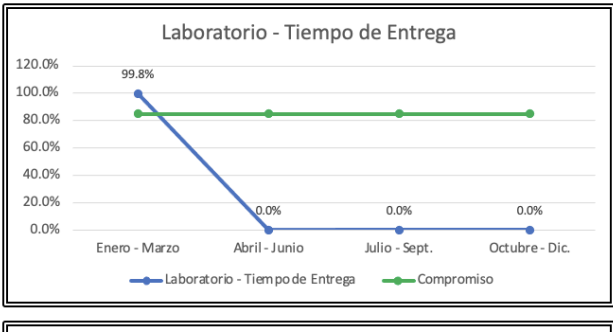
Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora																																	
1. La imagen global de la organización y su reputación pública (por ejemplo: percepción o retroalimentación sobre diferentes aspectos del desempeño de la organización: Comportamiento de los directivos y del personal, opinión de los servicios, sobre los sistemas de comunicación e información, imagen física de la infraestructura, seguimiento de los protocolos y manejo de desechos contaminantes, otros.)	El centro cuenta con una muy buena percepción por parte de la comunidad y los usuario siendo referente de salud en su entorno. De acuerdo a los resutados generales de la encuesta de satisfacción al usuario 2024, donde participo una muestra de 3069 obtuvimos un 99,0% de satisfacción general. Evidencias: Resultados encuesta de satisfacción de usuarios 2025. CUMPLIMIENTO COMPROMISOS CCC HOSPITAL MUNICIPAL EL ALMIRANTE Satisfacción General: 99.0% Link directo a la plataforma de Encuestas: https://encuestas.ccc.gov.do/  <table border="1"><thead><tr><th>Categoría</th><th>Satisfecho (%)</th><th>Compromiso (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Atendibilidad Consulta Externa</td><td>96.6%</td><td>90%</td></tr><tr><td>Profesionalidad Consulta Externa</td><td>99.7%</td><td>90%</td></tr><tr><td>Fiabilidad Consulta Externa</td><td>99.3%</td><td>90%</td></tr><tr><td>Atendibilidad Emergencia</td><td>99.1%</td><td>90%</td></tr><tr><td>Fiabilidad Emergencia</td><td>98.9%</td><td>90%</td></tr><tr><td>Atendibilidad Laboratorio</td><td>99.8%</td><td>90%</td></tr><tr><td>Profesionalidad Laboratorio</td><td>97.9%</td><td>90%</td></tr><tr><td>Tiempo de Entrega Laboratorio</td><td>98.0%</td><td>90%</td></tr><tr><td>Atendibilidad Imágenes</td><td>100.0%</td><td>90%</td></tr><tr><td>Fiabilidad Imágenes</td><td>99.7%</td><td>90%</td></tr></tbody></table>	Categoría	Satisfecho (%)	Compromiso (%)	Atendibilidad Consulta Externa	96.6%	90%	Profesionalidad Consulta Externa	99.7%	90%	Fiabilidad Consulta Externa	99.3%	90%	Atendibilidad Emergencia	99.1%	90%	Fiabilidad Emergencia	98.9%	90%	Atendibilidad Laboratorio	99.8%	90%	Profesionalidad Laboratorio	97.9%	90%	Tiempo de Entrega Laboratorio	98.0%	90%	Atendibilidad Imágenes	100.0%	90%	Fiabilidad Imágenes	99.7%	90%	
Categoría	Satisfecho (%)	Compromiso (%)																																	
Atendibilidad Consulta Externa	96.6%	90%																																	
Profesionalidad Consulta Externa	99.7%	90%																																	
Fiabilidad Consulta Externa	99.3%	90%																																	
Atendibilidad Emergencia	99.1%	90%																																	
Fiabilidad Emergencia	98.9%	90%																																	
Atendibilidad Laboratorio	99.8%	90%																																	
Profesionalidad Laboratorio	97.9%	90%																																	
Tiempo de Entrega Laboratorio	98.0%	90%																																	
Atendibilidad Imágenes	100.0%	90%																																	
Fiabilidad Imágenes	99.7%	90%																																	

2. Orientación al usuario / paciente que muestra el personal. (amabilidad, trato equitativo, comportamiento con los familiares, apertura, claridad de la información facilitada, predisposición de los empleados a escuchar, recepción, flexibilidad, atención oportuna, y capacidad para facilitar soluciones personalizadas).	La institución realiza encuestas periodicas de satisfacción a los usuario donde se mide y evalua la recomendaciones y quejas de los usuario para mejorar la calidad de los servicios prestado. Evidencias: Informe de resultados encuesta de satisfacción de usuario enero/mayo 2024 donde obtuvimos resultados de satisfacción general del 99.0%	
3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.		No se evidencia.
4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).	Contamos con la oficina de libre acceso a la información donde son realizadas las publicación de los informe con los resultados y porcentaje correspondiente en el portal de transparencia, semanalmente se realiza la apertura de los buzones de quejas y sugerencia, los vienes dando lectura a las quejas, felicitaciones, recomendaciones correspondiente al 2024. Evidencias: Informes de resultados mensuales de los buzones de quejas y sugerencias del año 2024.	

	Informe de resultados de la encuesta de clima laboral.	
5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.	6. Evidencia: 7. Encuesta de satisfacción de usuario enero mayo 202 con una muestra 301 usuario 8. resultados de satisfacción general del 99.0%	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Accesibilidad a los servicios físicos y digitales (acceso con transporte público, acceso para personas con discapacidad, horarios de consulta, de visita; tiempo de espera, ventanilla única, costo de los servicios, etc.).	Evidencia: La ubicación del hospital es de fácil acceso con líneas de transporte público, instalación de rampas señalizadas, sin costo de servicios, horarios y consultas publicados en medios digitales.	
2. Calidad de los productos y servicios (cumplimiento de los estándares de calidad, y agilidad en el tiempo de entrega de citas, resultados, funcionamiento de los equipos, disponibilidad de insumos, medicinas, y enfoque medioambiental, etc.).	La institución está comprometida a brindar servicios de calidad y agilidad, servicios de prueba laboratorio cuyo resultados son entregados en un plazo inferior de 48 horas. Con un indicador de compromiso del 85% de tiempo de entrega de laboratorio y satisfacción del 99.8%	

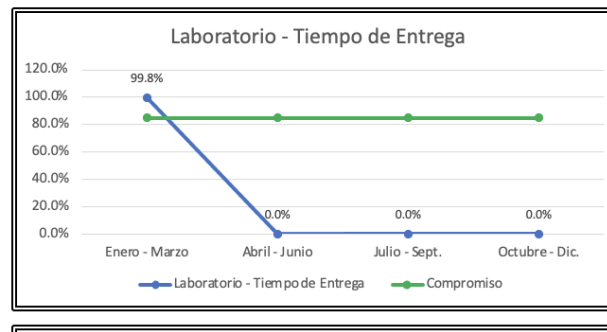
	Evidencia: informe de resultados de encuesta satisfacción año 2024.  <table border="1"> <caption>Laboratorio - Tiempo de Entrega</caption> <thead> <tr> <th>Periodo</th> <th>Laboratorio - Tiempo de Entrega</th> <th>Compromiso</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enero - Marzo</td> <td>99.8%</td> <td>80.0%</td> </tr> <tr> <td>Abril - Junio</td> <td>0.0%</td> <td>80.0%</td> </tr> <tr> <td>Julio - Sept.</td> <td>0.0%</td> <td>80.0%</td> </tr> <tr> <td>Octubre - Dic.</td> <td>0.0%</td> <td>80.0%</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Laboratorio - Tiempo de Entrega	Compromiso	Enero - Marzo	99.8%	80.0%	Abril - Junio	0.0%	80.0%	Julio - Sept.	0.0%	80.0%	Octubre - Dic.	0.0%	80.0%	
Periodo	Laboratorio - Tiempo de Entrega	Compromiso															
Enero - Marzo	99.8%	80.0%															
Abril - Junio	0.0%	80.0%															
Julio - Sept.	0.0%	80.0%															
Octubre - Dic.	0.0%	80.0%															
3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).	La institución tiene identificado y diferenciado los servicios que oferta según la población y sus demandas. Evidencias: reporte producción de servicios 67-A, del 2024 Reporte estadísticos del 2024																
4. Capacidades de la organización para la innovación.		No se evidencia.															
5. Digitalización en la organización.	Nuestro centro de salud ha instalado 2 software con miras de fortalecer la digitalización de algunos servicios, tenemos el pac servi el cual permite obtener y visualizar las imágenes de rayos x, en las distintas áreas asistenciales del centro. Sinergia software utilizado en sección de laboratorio permite entregar los resultado de pruebas específicas en plazo no mayor a 48 horas.																

	Evidencias: Software actualizado y vigente en el 2024. 1-Pac servi 2- Sinergia.	
--	---	--

6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).	Nuestro centro cuenta con servicios de imágenes y laboratorio 24 horas. Con tiempo de entrega lde resultados de laboratorio no mayor de 48 horas. Evidencias: 1- Software Sinergia para entrega de resultados de laboratorio con licencia vigente 2024. 2- Informe resultados encuesta satisfacción 2024.	



2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos).

1. Costo de los servicios.
2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios
3. Cumplimiento de los estándares comprometidos.

Evidencia:

Estamos comprometidos a dar respuesta a las demandas de los usuarios, los resultados de laboratorio se entregan en un plazo maximo de 2 dias, cartera de servicio actualizada de acuerdo a nuestro portafolio y perfil epidemiológico con cumplimiento del 97% sin costo de los servicios, entrega de resultados de laboratorio 98% de satisfecho.

Horario de Emergencias, Urgencias e imágenes, laboratorio las 24 horas de lunes a domingo, consultas y programas de lunes a viernes.

Informe de resultados encuesta de satisfacción al usuario 2024.

JUNIO									
Servicio	Atendido	Más Mala	Mala	Regular	Buena	Más Buena	Compromiso	Satisfecho	
Laboratorio	250	5					95%	98.0%	
Tiempo de Entrega		2-3 días			0-2 días (Med)				

3. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.

No se evidencia.

4. Grado de cumplimiento de los indicadores de eficiencia sanitaria, en relación a: número de pacientes por día, número de camas ocupadas por día, tiempo medio de ocupación de sala quirúrgica, tiempo medio de permanencia del paciente, etc.	Nuestro centro cumple con indicadores sanitarios, tablero de mando 10 indicadores, reporte de producción de servicios 67-A. Evidencia: Reporte de producción 67-A del 2024.	
5. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.	Servicios de 24 horas en emergencias y urgencias, imágenes y servicios de laboratorio, consultas de lunes a viernes y programas. Evidencia: cartera de servicio actualizada en fecha del 2024 y publicada.	
6. Índice de Satisfacción de Usuarios.	Obtuvimos un 97,0 % de satisfacción general por los usuarios. Evidencia: informe de resultados buzón de quejas y sugerencia mensual correspondiente al 2024.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.	Nuestro hospital cuenta con redes sociales página web. Evidencias:	

	Instagram 3215, Facebook 479, twitter 180 seguidores Página web, correos electronicos, chats internos, flotas.	
2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)		No se ha medido
3. Disponibilidad de informaciones sobre el cumplimiento de los objetivos de rendimiento y resultados de la organización, incluyendo la responsabilidad de gestión en los distintos servicios.	Evidencia: Informes de resultados cumplimiento MEP POA 2024 trimestrales y mensuales. Informes y reportes estadísticos mensuales 2024	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Porcentaje de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones. (Tipo de implicación, niveles de participación y el porcentaje en que se cumplen).		No se evidencia.
2. Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes (Número, tipo y resultados de las innovaciones implementadas).		No se evidencia.
3. Indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. (Resultados de		No se evidencia.

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora															
1. Resultados de la digitalización en los productos y servicios de la organización (innovaciones tecnológicas para los procesos y servicios, servicios online o uso de Apps; mejora en los tiempos de respuesta, el acceso y la comunicación interna y externa; reducción de costos, etc.).	La sección de laboratorio a logrado disminuir los tiempos de entrega de resultados luego de la instalación del software sinergia el cual permite reportar resultados de pruebas en plazos no mayor a la 48 horas En otro orden tenemos el sistema de reporte de imágenes pac serve el cual permite realizar diagnostico desde áreas de servicio del centro. Dismiuyendo en más de 50% los costes por concepto de compras de papel los resultados son entregados en cd. Evidencias: Resultados encuesta año 2024 <table border="1"> <caption>Laboratorio - Tiempo de Entrega</caption> <thead> <tr> <th>Periodo</th> <th>Laboratorio - Tiempo de Entrega</th> <th>Compromiso</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enero - Marzo</td> <td>99.8%</td> <td>80.0%</td> </tr> <tr> <td>Abril - Junio</td> <td>0.0%</td> <td>80.0%</td> </tr> <tr> <td>Julio - Sept.</td> <td>0.0%</td> <td>80.0%</td> </tr> <tr> <td>Octubre - Dic.</td> <td>0.0%</td> <td>80.0%</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Laboratorio - Tiempo de Entrega	Compromiso	Enero - Marzo	99.8%	80.0%	Abril - Junio	0.0%	80.0%	Julio - Sept.	0.0%	80.0%	Octubre - Dic.	0.0%	80.0%	
Periodo	Laboratorio - Tiempo de Entrega	Compromiso															
Enero - Marzo	99.8%	80.0%															
Abril - Junio	0.0%	80.0%															
Julio - Sept.	0.0%	80.0%															
Octubre - Dic.	0.0%	80.0%															

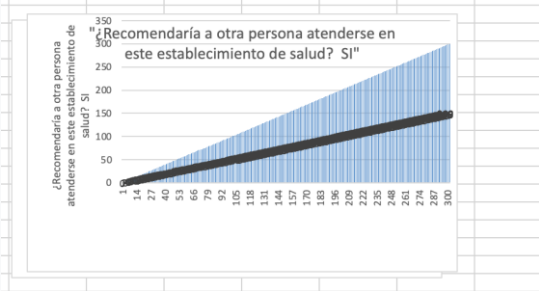
2. Participación de la ciudadanía en los productos y servicios. (Acceso y flujo de información continuo entre la organización y los ciudadanos clientes, Usuarios/Pacientes a través de medios digitales, internet, página web, portales de servicios y de transparencia, redes sociales, otros).		No se evidencia.
---	--	------------------

CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.

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

SUBCRITERIO 7.1. Mediciones de la percepción.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora																												
1. La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).	Por medio de resultados de la encuesta realizada a los usuarios se puede observar el porcentaje de aceptación de la imagen y servicios de la organización donde una muestra de 300 personas, recomendaria a otras recibir atenciones. Evidencia: resultados encuesta año 2024  <table><caption>Datos estimados del gráfico de evidencia</caption><thead><tr><th>Número de personas (X)</th><th>Porcentaje de recomendación (Y)</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>0</td></tr><tr><td>25</td><td>10</td></tr><tr><td>50</td><td>20</td></tr><tr><td>75</td><td>30</td></tr><tr><td>100</td><td>40</td></tr><tr><td>125</td><td>50</td></tr><tr><td>150</td><td>60</td></tr><tr><td>175</td><td>70</td></tr><tr><td>200</td><td>80</td></tr><tr><td>225</td><td>90</td></tr><tr><td>250</td><td>100</td></tr><tr><td>275</td><td>110</td></tr><tr><td>300</td><td>120</td></tr></tbody></table>	Número de personas (X)	Porcentaje de recomendación (Y)	1	0	25	10	50	20	75	30	100	40	125	50	150	60	175	70	200	80	225	90	250	100	275	110	300	120	
Número de personas (X)	Porcentaje de recomendación (Y)																													
1	0																													
25	10																													
50	20																													
75	30																													
100	40																													
125	50																													
150	60																													
175	70																													
200	80																													
225	90																													
250	100																													
275	110																													
300	120																													

2. Involucramiento de las personas de la organización en la toma de decisiones y su conocimiento de la misión, visión y valores, y su contribución para cumplirlos.	Para la formulación de la misión, visión y valores se realiza una reunión de trabajo en la cual participan e intervienen los colaboradores aportando sus ideas. También son colocadas en las distintas áreas del centro la información. Evidencias: Resultados encuesta clima laboral año 	
3. La participación de las personas en las actividades de mejora.	Se realizan encuentros y reuniones periodicas donde son convocado los colaboradores para participar de la elaboración de planes de mejora. Evidencias: Resultados encuesta de clima laboral 	
4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.	El personal del centro recibe y participa de talleres y encuentro sobre manejo de conflictos de interes. Evidencias: Resultados encuesta clima laboral 	
Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.	Evidencia: Por medio de los informes de resultados del automonitoreo mensual de POA 2025.	
La responsabilidad social de la organización.	Si se evidencia, a través de nuestra filosofía institucional, es decir, Misión, Visión, valores y	

Objetivos, así como también mediante el Reglamento Hospitalario 434-07 y la aplicación y cumplimiento de la carta compromiso al ciudadano, somos un centro de salud siempre dispuesto preservar y mejorar la salud de todos nuestros usuarios podemos ver resultados de compromiso social de acuerdo a los resultados obtenidos por la encuesta de clima laboral.

Evidencias:
Resultados encuesta clima laboral.



La apertura de la organización para el cambio y la innovación.

En nuestro centro son realizadas encuesta de satisfacción

Evidencias:
Informes.
Formularios

El impacto de la digitalización en la organización.	Contamos con chat, correos, escáner y software que contribuyen con la eficacia de los procesos internos del centro. el 70.38 % de impacto positivo es del uso de tecnología. Evidencias: Informe de resultados encuesta clima laboral.	
La agilidad en los procesos internos de la organización.	Dependeran del nivel de priorida la rapidez de y acciones de los procesos independientemente nuestro centro están en constante cambios a fin de lograr satisfacer y disminuir los trámites burocráticos. Evidencia: Manual de organización y funciones.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la organización (por ejemplo: estableciendo objetivos, asignando recursos, evaluando el rendimiento global de la organización, la estrategia de gestión de RRHH, etc.) y de comunicar sobre ello.	EL 76% de los colaboradores consideran que sus directivos dirigen la organización de forma eficaz y con una correcta ejecución de los recursos, resultados obtenidos de la encuesta de clima laboral . Cabe señalar que el 24% del resultado restante se modifico por respuesta sobre reajuste salarial lo cual no depende de la dirección del centro. por ser facultad exclusiva del SNS organo rector. Evidencia: Resultados de la encuesta de clima laboral.	

2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.	Nuestros colaboradores utilizan y reconocen los distintos procesos internos del centro se apoyan en manual de organización y función hospitalario y de los manuales de áreas y sus flujogramas. Evidencia: Resultados encuesta de clima laboral sobre normativa de procesos con resultados del 78.97%.	
3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.	Cada empleado tiene definida su función y las tareas requeridas para que esta sea realizada. En los perfiles de puesto, está desarrollado este acápite, nos apoyamos y guiamos con nuestro manual de organización y funciones hospitalario, cumplimiento de las tares y asignaciones de POA, Evidencias: Informe de resultados evaluación acuerdo de desempeño con resultados del 92%. Resultados encuesta clima laboral resultados del 80.38%.	
4. La gestión del conocimiento.	Desde la División de Recursos Humano en Coordinación con la otras áreas y servicios se Implementa el plan de capacitación anual del centro Tambien participa instituciones facilitadoras como INFOTEC, INAP y Encardados de áreas del centro. Evidencia: Informe de resultado del plan de capacitación anual año 2024.	

5. La comunicación interna y las medidas de información.	La comunicación interna en el centro se da por varias vías; reuniones periódicas con los responsables de áreas para retroalimentar a los colaboradores. También son utilizados medios de comunicación electrónicos, además el 80.05 % de todos los colaboradores estamos al día con la información relevante del centro. Evidencias: Resultados encuesta clima laboral. Sobre la comunicación con resultados del 80.05 %	
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	Uno de los medios de medir el esfuerzo de nuestros colaboradores es por medio de encuestas. Evidencias: Resultados de encuesta clima laboral. Reconocimiento de los colaboradores con un resultado del 75,08%	
7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.	Evidencias: La institución se mantiene enfocada en realizar mejoras. Resultados encuesta de clima laboral, con resultados del 77,33% para la mejora y el cambio.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.	Como institución nos regimos por un marco legal, en el cual el RR.HH, debe ser gestionado aplicando la Ley 41-08, Ley de Función Pública,	

	en la cual están dictaminados los pasos a ser implementados en situaciones de conflictos. Aplicamos encuesta de clima laboral. Evidencias: Resultados encuesta de clima laboral con resultados del 78.59%	
2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).	Somos una institución que valora el esfuerzo de cada colaborador, siempre en las reuniones con los departamentos, RRHH, dialoga el tema de los horarios, salud los colaboradores considera que tienen facilidades con su deberes del trabajo y su vida personal. Evidencia: Resultados encuesta de clima laboral, con resultados del 80.6%	
3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.	Nuestro centro aplica la la Ley 41-08, Ley de Función Pública para todos los colaboradores por igual, Aplicamos encuesta de clima laboral, más de la mitad de nuestros colaboradores son mujeres, 71,5% del personal se identifica con trato equitativo y acceso a las misma condiciones de oportunidades. Evidencias: Ley 41-08 Resultados encuesta de clima laboral, con resultado del 71,5% de equidad e igualdad.	

4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.	Informe de resultados plan de mantenimiento hospitalario 2025 con nivel de cumplimiento mensual del 68% resultado obtenido por medio del indicador de SIMAP correspondiente al mes de abril. Informe de resultados mensuales bioseguridad hospitalaria 2024.	
--	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Desarrollo sistemático de carrera y competencias.	La división de recursos humanos trabaja las solicitudes de promoción, cambio de designación, en según las competencia del colaborador. Evidencias: Solicitudes, manual de descripción de puesto. Plan de capacitación 2025.	
2. Nivel de motivación y empoderamiento.	Realiza reuniones mensuales de los comités de calidad, durante las reuniones son escuchado las propuestas y valorado el nivel de participación y motivación de los miembros del comité. Evidencias: Resultados encuesta de clima laboral. más del 82.7% de los colaboradores sen siente parte de la institución	
3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.	Nuestro centro aplica charlas, gestiona e imparte cursos de formación con acceso a los grupos de interés.	

	Evidencias: Informe de resultado del plan de capacitación anual año 2025. Encuesta de clima laboral , 77.4% de los colaboradores refieren sentir respaldado por la institución para continuar formandose.	
--	--	--

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

1. Resultados generales en las personas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas (por ejemplo: nivel de absentismo o enfermedad, índices de rotación del personal, número de quejas, número de días de huelga, etc.).	Desde la división de recursos humanos se Gestionan los permisos, licencias, bajas laboral. Evidecias: formularios de solicitudes. Durante el 2do trimestre del 2024, se recibieron 50 quejas por parte de los colaboradores de las distintas áreas. De marzo – junio 2024 cantidad de Licencias médicas 57.	
2. Nivel de participación en actividades de mejora.	Evidencias: El grado de participación e integración de nuestros colaboradores en actividades de mejora fue del 80.38 % según los datos obtenidos por la encuesta de clima laboral.	

3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.	Evidencias: Reportes de casos realizados por departamentos en el año 2024 con una media de 3 por mes.	
4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.	El centro realiza jornadas de protección al medio ambiente anualmente.	No se ha medido.
5. Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los usuarios/pacientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario/pacientes, ciudadano/ cliente, número de quejas de los pacientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes).	Nuestro centro analiza y evalúa las capacidades de sus colaboradores, estamos en continuo proceso de formación y capacitación a todo el personal de atención directa, aproximadamente con la colaboración de entidades gubernamentales. Evidencias: Informes de resultados del plan de capacitación 2024 se imparten una media de 2 talleres mensuales con una carga horaria de 16 horas Informes mensuales de resultados de buzones quejas y sugerencia 2024.	

2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Resultados de Indicadores relacionados con: 4. El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones.	Desde la división de recursos humanos, se realizan las evaluaciones de productividad y desempeño de cada colaborador. Evidencias: Informe de resultados acuerdo desempeño con resultados del 92%.	
2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.	Los colaboradores tienen acceso a redes sociales, correos electrónicos, Evidencias: Reporte estadístico de medio digitales. Reporte resultados encuesta clima laboral, con resultados del 70,38% de los colaboradores que tienen acceso a herramientas digitales para mantenerse comunicado e informado.	
3. El desarrollo de las capacidades de habilidades y capacitación. (por ejemplo: tasas de participación y de éxito de las actividades formativas, eficacia de la	Evidencias: Informe de resultados Plan de capacitación anual 2024 Con un porcentaje estimado del 38% de participación a las actividades de formación.	

utilización del presupuesto para actividades formativas).		
4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.	Se realizan reconocimientos a los colaboradores anualmente, días del médico, enfermera, bioanalista, secretaria. Evidencias: Programa de reconocimiento 2025	

CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.

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

SUBCRITERIO 8.1. Mediciones de percepción

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. El impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/pacientes y ciudadanos/clientes más allá de la misión institucional. Por ejemplo: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc.	Se realizan campañas para cuidar el medio ambiente, Jornadas de descacharrización, entrega de juguetes a niños. También contamos con el programa almirante en casa el cual es realizado semanalmente, y/o diariamente a todos los usuarios que reciben algún tipo de intervención quirúrgica y su posterior seguimiento extrahospitalario. Evidencia: Programa Almirante en casa 2025.	

2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.	Los pacientes y usuarios por medio de encuestas de satisfacción al usuario reconocen el impacto social que nuestro centro aporta a la comunidad, con un nivel de aceptación del 99%. Evidencias: Resultados de encuesta al usuario 2024 Con un porcentaje de aceptación de un 99%	
3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.	El centro realiza jornada de profilaxis dental, vacunas, a fin de mejorar la calidad de vida de sus municipes.	No se evidencia resultados de medición
4. El impacto de la organización en la calidad de la democracia, la transparencia, el comportamiento ético, el estado de derecho, la apertura y la integridad. (respeto de los principios y valores de los servicios públicos, como la igualdad, permanencia en el servicio, etc.).		No se evidencia.
5. Percepción del impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional, nacional e internacional (por ejemplo: con la compra de productos de comercio justo,		No se evidencia.

productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.).		
6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.		No se evidencia.
7. Participación de la organización en la comunidad en la que está instalada, organizando eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro tipo, etc.).		No se evidencia.
8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.	Son evaluadas por medio los formularios de buzones de quejas y sugerencias, y canales digitales, durante el trimestre el T1 y parte del T2, hemos recibido 8 felicitaciones y 6 sugerencia. Evidencia: Informe mensual buzones quejas y sugerencias Enero- junio 2024. Matriz de buzones quejas y sugerencia Enero-junio 2024.	

SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

Indicadores de responsabilidad social:

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

6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).		No se evidencia.
7. Programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los pacientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, charlas de salud, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas).	Evidencia: Informe de resultados programa de eventos adversos durante el periodo mayo-junio 2024, se reportaron 4 casos. Con nivel de cumplimiento de un 100%.	
8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).		No se evidencia.
9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.		No se evidencia.
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.		No se evidencia.
11. Política de residuos y de reciclado.	Nuestro centro de salud aplica el reglamento 126-09 sobre manejo de residuos peligroso, contamos con los servicios de una compañía externa quién se encarga de manipular y retirar los residuos peligrosos, aplicamos la matriz de supervisión de desechos peligros del SNS en un 85%. Evidencias: Reglamento 126-09 Aplicación protocolo de Bioseguridad Contratos, facturas compañía AIDSA 2024 Formulario estandarizado para el manejo correcto de los residuos hospitalarios 2024.	

--	--	--

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO.

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

SUBCRITERIO 9.1. Resultados externos: producto y valor público.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora																					
1. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.	La recolección y analisis de los datos de producción se realiza desde la unidad de estadística en coordinación con el comité de calidad, tenemos una cartera de servicio la cual da respuesta al 100% de los servicios y especialidades ofertadas. De acuerdo a los resultados de los siguientes servicios, hemos alcanzado un 84% de cumplimiento en el servicio de consuta prenatal. Datos obtenidos por medio del automonitoreo de la completitud de los expedientes clinicos. 2024 Tabla 1. (Continuación 1 de 3) Promedio de Cumplimiento Autoevaluación de los Criterios Establecidos en los Documentos Normativos durante la Atención en la Consulta Prenatal Hospital El almirante 25-4-24/ 25-5-25 <table><tr><td colspan="2">Promedio de Cumplimiento:</td><td>84%</td></tr><tr><th>Nivel de Cumplimiento</th><th>Actividad</th><th>%</th></tr><tr><td>84%</td><td>Anamnesis</td><td></td></tr><tr><td></td><td>Antecedentes familiares.</td><td>100%</td></tr><tr><td></td><td>Antecedentes personales.</td><td>100%</td></tr><tr><td></td><td>Antecedentes obstétricos.</td><td>100%</td></tr><tr><td></td><td>Antecedentes ginecológicos</td><td>100%</td></tr></table> Evidencias: Reporte de producción de servicios 67-A. 2024 Informe de evaluación de calidad de los servicios. 2025 Formularios de autoevaluación de calidad de los servicios de las diferentes especialidades. 2024.	Promedio de Cumplimiento:		84%	Nivel de Cumplimiento	Actividad	%	84%	Anamnesis			Antecedentes familiares.	100%		Antecedentes personales.	100%		Antecedentes obstétricos.	100%		Antecedentes ginecológicos	100%	
Promedio de Cumplimiento:		84%																					
Nivel de Cumplimiento	Actividad	%																					
84%	Anamnesis																						
	Antecedentes familiares.	100%																					
	Antecedentes personales.	100%																					
	Antecedentes obstétricos.	100%																					
	Antecedentes ginecológicos	100%																					

2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).	Nuestro centro brinda servicios de salud a una población de más de 65, 000 personas según nuestra demarcación geográfica. Evidencia: Reporte de producción servicios 2024.	
3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.	Evidencias: Desde de la sección de salud bucal de odontología se realizan informes mensuales de resultados. Enero-junio 2024 con nivel de cumplimiento del 100%. Con población atendida de 840 desde mayo a junio.	
4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.	Nuestro centro de salud mantiene su cumplimiento en los acuerdos, responsabilidad, son realizados monitoreo y evaluación por los órganos rectores, realizamos y ejecutamos las actividades del plan operativo anual. Evidencias: Matriz de resultados T4 MEP mayo 2024 del SRSM Resultado del 92% de cumplimiento POA mayo 2024.	
5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	Evidencias: Informe de resultados T2 MEP mayo 2024 del SRSM Con un cumplimiento del 93%.	
6. Resultados de la innovación en servicios/productos.	Evidencias: Desde servicio de laboratorio se obtuvo resultados del 98.9% de cumplimiento con la	

	incorporación de software para entrega de resultados en plazo no mayor a 48 horas. Resultados de encuesta de satisfacción 2024.	
7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.		No se evidencia.
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.	Tenemos 4 voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización. Evidencia: Hoja de vida actualizada a la fecha 2024.	

SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Eficiencia de la organización en términos de la gestión de los recursos disponibles, incluyendo, la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima.	Nuestro centro gestiona sus recursos de forma objetiva según la demanda, para garantizar la disponibilidad de los mismos, son realizadas Adaptaciones de puesto de trabajos según las condiciones de trabajo. Evidencias: Resultados evaluación acuerdos de desempeño, emitida por el MAP.	

2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.	Nuestro centro de salud en apoyo a la mejora continua realizó la automatización del sistema de entrega de resultados del laboratorio, en un plazo no mayor de 48 horas con cumplimiento del 98% datos de encuesta satisfacción al usuario 2024. Evidencias: Informe de resultados buzones quejas y sugerencias mensuales 2024 Instalación de Software sinergia en la sección laboratorio. Vigente 2024.	
3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).		No se evidencia.
4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).		No se evidencia.
5. Impacto de la tecnología (digitalización) en el desempeño de la organización, la eficiencia en la burocracia administrativa, mejora en la prestación de servicios, etc. (por ejemplo: reduciendo costos, el uso del papel, trabajando en forma conjunta con otros proveedores, interoperabilidad, ahorro de tiempo, etc.)	Evidencia: Instalación y uso de software en la sección de laboratorio, para entrega de resultados en plazo menor de 2 días. Cumpliendo con el 98% en el periodo enero – junio 2024. Acceso a la tecnología en toda las áreas de servicios del obteniendo un 70.38% de impacto positivo, resultado informe encuesta clima laboral	
6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.	Evidencia: Informes y reportes generados por la auditorías internas del centro realizados por matrices de indicadores de calidad de los servicios estandarizadas por el SNS. Año 2024.	

	Cirugía Hospital El Almirante 25-4-24/25-5-24 <table><tr><td colspan="2">Promedio de Cumplimiento Actual:</td><td colspan="2">#DIV/OI</td></tr><tr><th>Nivel de Cumplimiento</th><th>Actividad</th><th>% Observación</th><th>% Expedientes</th></tr><tr><td>Primera Medición</td><td>Cumplimiento según técnica</td><td>#DIV/OI</td><td>98%</td></tr><tr><td>Abril</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="4">Antes de la Inducción Anestésica</td></tr><tr><td></td><td>Se verifica la identidad del paciente.</td><td>#DIV/OI</td><td>100%</td></tr><tr><td></td><td>Se verifica el sitio anatómico de la intervención.</td><td>#DIV/OI</td><td>100%</td></tr><tr><td></td><td>Se verifica el procedimiento a realizar.</td><td>#DIV/OI</td><td>100%</td></tr><tr><td></td><td>Se verifica si se ha dado el consentimiento para la cirugía.</td><td>#DIV/OI</td><td>100%</td></tr></table> Gráfico IV. Histórico de la Autoevaluación de Morbidades Infantiles HN 2024 Neumonía en niños mayores de 2 meses 98% Enfermedad Diarreica Aguda Sepsis grave y choque séptico en niños Fuente: Departamento Monitoreo de la Calidad en los Servicios de Salud. Servicio Nacional de Salud, Abril 2024.	Promedio de Cumplimiento Actual:		#DIV/OI		Nivel de Cumplimiento	Actividad	% Observación	% Expedientes	Primera Medición	Cumplimiento según técnica	#DIV/OI	98%	Abril				Antes de la Inducción Anestésica					Se verifica la identidad del paciente.	#DIV/OI	100%		Se verifica el sitio anatómico de la intervención.	#DIV/OI	100%		Se verifica el procedimiento a realizar.	#DIV/OI	100%		Se verifica si se ha dado el consentimiento para la cirugía.	#DIV/OI	100%	
Promedio de Cumplimiento Actual:		#DIV/OI																																				
Nivel de Cumplimiento	Actividad	% Observación	% Expedientes																																			
Primera Medición	Cumplimiento según técnica	#DIV/OI	98%																																			
Abril																																						
Antes de la Inducción Anestésica																																						
	Se verifica la identidad del paciente.	#DIV/OI	100%																																			
	Se verifica el sitio anatómico de la intervención.	#DIV/OI	100%																																			
	Se verifica el procedimiento a realizar.	#DIV/OI	100%																																			
	Se verifica si se ha dado el consentimiento para la cirugía.	#DIV/OI	100%																																			
7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.	Evidencia: Reconocimiento por la notificación oportuna de las enfermedades de notificación oportuna.(EPI 1 EPI2) Periodo enero-junio 2024. Por parte del área de 1 salud.																																					
8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.	Son elaborados los informes administrativos/financiero, sobre el comportamiento de la deuda y el desarrollo del plan de inversión o compras. Evidencias: Informes financieros 2024 Informer y reportes de la ejecución presupuestaria T4 2024 con resultados del 92%.																																					

9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.	El departamento de compras es responsable de la elaboración de informe de análisis de costo que se realiza cada mes, desde el área financiera donde se evalúa la reducción de algunos rubros, además se realizan las evaluaciones de lugar a fin de garantizar que los suplidores cumplan con los requisitos para ser suplidores oficiales del estado. Evidencias: Informes financieros 2024 Reportes y analisis financiero 2024 Acceso al portal de SIS COMPRA.	

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