GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

## NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

HOSPITAL TRAUMATOLOGICO DR. DARIO CONTRERAS_

## FECHA:

MAYO 2025_

## MODELO CAF: EL MARCO COMÚN DE EVALUACIÓN.

**Presentación.**

El Modelo CAF (Common Assestment 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 Autoevaluaciòn 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 Autoevaluaciòn 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 Publica"*** 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 Autoevaluaciòn 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 Autoevaluaciòn, 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):**<br>1. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes. | Nuestro Hospital cuenta con Misión, Visión colocada en lugares visibles desde el año 2017, fueron implicado los grupos de interés interno y externo como son Gerencia de área, Servicio Regional. Trabajamos bajo el Art. 61 de la Constitución de la Republica Dominicana, Ley General de Salud 42-01, Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social; Art. 163, Ley que crea el Servicio Nacional Dominicano 123-15, Ley de Función Pública 41-08, Decreto del Reglamento General de los Centros Especializados; Art. 5, Art 6, Decreto sobre el Reglamento General de los Hospitales de la Republica Dominicana<br><br>Evidencias: Fotos de lugares visibles donde están colocadas 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 otros, sean la corriente principal de las estrategias y actividades de la organización. | Nuestro Hospital cuenta valores colocados en lugares visibles desde el año 2017, fueron implicado los grupos de interés interno y externo como son Gerencia de área, Servicio Regional.<br><br>Evidencias: Fotos de lugares visibles donde están colocadas los valores. | |

| | | |
|---|---|---|
| 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. | Nuestro centro se mantiene cumpliendo con las estrategias nacionales, teniendo en cuenta la digitalización, las reformas del sector y las agendas comunes.<br><br>Misión; Brindar servicios de salud integral, especializada en las áreas de Ortopedia, Traumatología, Cirugía y Rehabilitación, mediante un trabajo de equipo, con profesionales altamente calificados, comprometidos con la formación académica de especialistas y la atención oportuna a los usuarios con calidad y calidez.<br><br>Visión; Ser un hospital académico y traumatológico, modelo del Sistema de Atención en la Red de Salud, de referencia nacional e internacional, con estructura de servicios integrados sostenible en la gestión de la calidad, eficacia, tecnología, investigación y el compromiso con el ciudadano.<br><br>Valores; Calidad, Educación, Excelencia, Honestidad, Humanidad, Integridad, Lealtad y Responsabilidad Social.<br><br>Evidencia; Cartera de servicio, POA. | |
| 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. | Nuestro centro cuenta con varios medios de comunicación como carteles, se realiza socialización con el personal de nuevo ingreso, residentes, y todo el personal.; contamos con nuestra Carta Compromiso al Ciudadano, nuestro portal web, redes sociales.<br><br>Evidencia; Carteles en lugares visibles informando nuestra misión, visión y valores. Redes sociales Instagram, Facebook, nuestro canal de You Tobe | |

| | | |
|---|---|---|
| 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). | | No se evidencia |
| 6. Preparan la organización para los desafíos y cambios de la transformación digital (por ejemplo, estrategia de digitalización, capacitación, pautas para la protección de datos, otros). | Nuestro centro cuenta con protección de datos con la adquisición de nubes, también contamos wifi libre con Republica Digital en las áreas de consulta, maxilo facial, fisiatría, jurídica para el aprovechamiento de nuestros usuarios, central telefónica con extensión a las diferentes áreas de interés, existe un sistema de turno digital para consulta, imagen, laboratorio.<br><br>Evidencias; Contrato con Claro, pantallas para el sistema de turno. | |
| 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. | Contamos con una unidad dela Contraloría General de la Republica para el caso financieros, para los casos de compras nuestro centro cumple con la ley de compras y contrataciones, contamos con la conformación del Comité de Compras, cumplimos con la publicación en el portal transaccional, pertenecemos al SISCOMPRA.<br><br>Evidencias: listado de asistencias, convocatoria, informe, fotos, informe de auditoría interno. | |

| | | |
|---|---|---|
| 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). | Dando cumplimiento a las normativas legales 41-08, ley General de Salud, normativa de ética, revisando nuestra Misión, Visión y Valores, buzones de sugerencias, Oficina Libre Acceso a la Información, informe de cada caso, llamadas telefónicas.<br><br>Evidencia: informe apertura de buzón. | |

**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. | Contamos con la resolución No. 11/2020 que modifica la estructura organizativa. Contamos con un manual de organización y funciones acorde a lo que confiere la ley la cual se encuentra en un 100% de aprobación y vigencia hasta el 2026 por parte del SNS y MAP. Estructura aprobada.<br><br>Evidencia; organigrama del centro, resolución de la aprobación del manual de funciones por el MAP. | |
| 2. Se establece objetivos y resultados cuantificables para todos los niveles y áreas, con indicadores para medir y evaluar el desempeño y el impacto de la organización. | Cumplimos con Plan Operativo Anual (POA) donde los indicadores los define el SNS, donde se recibe los informes, reportes y/o cualquier documento donde se evidencia el cumplimiento de las actividades pautadas obteniendo un porcentaje de cumplimiento cada tres meses, contamos con la matriz de encuesta de satisfacción de usuario donde mensualmente nos dice el porcentaje de satisfacción que tiene nuestros usuarios en las áreas comprometida en la Carta Compromiso al Ciudadano del centro, por igual contamos con la matriz de cumplimiento de indicadores de calidad en ella medimos el nivel de infección en diferentes áreas, el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura, el cumplimiento de la norma de expedientes clínicos, el reporte de reacciones adversas a | |

| | | |
|---|---|---|
| | medicamentos entre otro.<br><br>Evidencias: formularios DPD-FO-012 V2; DPD-FO-012 V1; DPD-FO-011 V2, DGCSS-FO-017 V1; DGCSS-FO-018 V1. | |
| 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 Gerencia de Atención al Usuario cuenta con grupos focales, elegido en su momento de los pacientes del área de consulta para escuchar sus inquietudes, quejas y/o sugerencias y contamos con el Plan Operativo Anual.<br><br>Evidencia; Informe y fotos. | |
| 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). | Contamos con la implementación del Plan Operativo Anual (POA) donde las metas y objetivos están definidos por cada periodo y una medición cada trimestre, nuestro centro mide la satisfacción de usuario mediante encuestas. Como gestión de prevención de riesgos, tenemos contratada una compañía quien se encarga de recoger nuestros desechos biológicos, la cual se realiza semanalmente y la contratación de una compañía que realiza toma de muestra para prueba de laboratorio de nuestra cocina.<br><br>Evidencias: contrato AIDSA, Aguavivas, formulario, forma de pagos. | |
| 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. | Trabajamos con el modelo CAF desde 2016, a partir del 2020 se inició con el CAF Salud (Common Assessment Framework), se está implementado programas de vacunación el cual es certificado cada dos años, programa de calidad del laboratorio por acuerdo con UASD, implementación de Software de control de cita, facturación y salida de paciente, sistema de turno, convenio con compañía de Resonancia Dominicana. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Evidencias: Guía CAF, Acuerdos, Sistema entre otros. | |
| 6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización. | Nuestro centro pertenece a la administración electrónica como:<br>-SISMAP-SALUD<br>-Portal de Transparencia<br>-SISCOMPRA.<br>-SUGEMI<br><br>Evidencia; portal de cada una. | |
| 7. Está establecidas las condiciones adecuadas para la innovación y el desarrollo de los procesos organizativos, médicos y tecnológicos, la gestión de proyectos y el trabajo en equipo. | Nuestro centro cuenta con un personal profesional capaz de adaptarse a las innovaciones con un ambiente de trabajo en equipo, compañerismo y colaboración.<br><br>.Evidencia; protocolos, manuales. | |
| 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. | Se realizan reuniones periódicas y se crearon los Comité Ejecutivo, Consejo Administrativo, Comité de Infecciones Intrahospitalarias, Comité de apertura de buzones, Comité de Calidad, Comité de Farmacoterapeutica, Comité de Ética, Comité de Bioseguridad, Comité de Expedientes clínicos, Comité de Investigación Científica, Comité de emergencias, Comité de Morbimortalidad, Comité de compras, Comité de Implementación de gestión de estándares TIC, así como la formación de grupos de WhatsApp según grupo de interés, cuenta con el portal web y redes sociales. La cartera de servicio de nuestro centro es actualizada y publicada mensualmente en todas las redes sociales del centro.<br><br>Evidencia: Acta constitutiva de los comités, minutas, registro de asistencia. Portal web: www.dariocontreras.gob.do, redes sociales @dariocontrerasrd. | |

| | | |
|---|---|---|
| 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. | Hemos estado innovando comprometidos con la mejora continua ya que contamos con un sistema de facturación, un sistema automatizado de turno y nuestro personal reciben capacitación, contamos con un sistema de lectura de imagen y tomografía.<br><br>Evidencias: plataforma de facturación, imagen de lectura. | |
| 10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes. | Si, cada reunión se realiza la minuta, en los compromisos adquiridos se realizan según el tiempo estipulado, se socializar con el personal y se pone en marcha la acción para recibir los efectos esperados, de igual forma nuestro departamento de Relaciones Publicas publica en todas las redes sociales las acciones comprometidas para el mejoramiento de nuestros servicios tanto interno como externo.<br><br>Evidencia; minutas, planes de mejora, informe de seguimiento, redes sociales. | |
| 11. El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento. | Nuestro centro cuenta con la Oficina Libre Acceso a la Información donde en ella se vigila la transparencia de los procesos, nuestro departamento de compras cumple con las Ley De Compras y Contratación perteneciendo al SISCOMPRA, contamos con el manual de funciones y el organigrama en ella se determina las líneas de mando y las pautas que cada colaborador tiene según su área.<br><br>Evidencia; Oficina en el primer nivel, portal transacional. | |

**Subcriterio1.3 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.)<br>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. | El Director del centro junto a la subdirección los Médicos (MA), Jefe de enseñanza y residentes ejecutan la entrega de guardia todos los días donde se desarrollan temas de interés ya que somos un centro de docencia.<br>Nuestro director participa en todas las reuniones que se realizan para el mejoramiento del centro, participa de los diferentes comités del hospital.<br><br>Evidencia; formulario / reportes de entrega de guardia, lista de participación. | |
| 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. | Se garantiza el cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios y colaboradores del centro, como parte de suplir las necesidades individuales contamos con Plan de Capacitación, aplicamos la comunicación abierta con los diferentes niveles y grupos de interés así como la accesibilidad del despacho del director para recibir a todo aquel que lo requiera.<br><br>Evidencia; Cumplimos con el marco legal, Ley General de Salud 42-01, Ley general de la Seguridad Social 87-01, Ley de administración publica 41-08, Ley 200-04 sobre Libre Acceso a la Información pública. | |
| 3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización. | Contamos con grupos de whatsapp donde se pasan informaciones de interés, se envían circulares a todo el personal informando cualquier tema de interés, Se realizan reuniones entre la jefatura con diferentes gerentes, reunión de los gerentes con sus equipos de trabajo, como somos un centro docente diariamente se realizan la entrega de guardia y la presentación de informes ya sea diario y/o mensual. El líder siempre está pendiente a todos los temas del hospital, participación activa en todas las actividades. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Evidencia: Lista de asistencia de actividades y reuniones. | |
| 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. | Somos un centro docente por lo que diario se realiza entrega de guardia con el director general donde se escucha las novedades del servicio, los casos de cuidado y sus acciones a tomar, contamos con el POA donde se define las actividades y sus responsables donde se envían mensualmente los informes, sus hallazgos y recomendaciones a los gerentes responsables tanto del centro como al Servicio Nacional de Salud, se realizan anualmente las Evaluaciones de Desempeño y previo a la firma se realiza la retroalimentación.<br><br>Evidencia; formulario entrega de guardia, POA. | |
| 5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas. | Nuestro centro se mantiene con el cumplimiento de las líneas estratégicas del SNS, cada encargado de departamento cuenta con las condiciones para ejecutar las acciones para la delegación de las responsabilidades y rendición de cuentas cada vez que deba de reportar o en el caso de que la directiva del centro lo requiera.<br><br>Evidencia; matriz evaluación de desempeño. | |
| 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. | El centro cuenta con un Plan de Capacitación donde se realiza según el levantamiento de las necesidades, somos un centro docente con programas de residencias médicas de las cinco especialidades que ofrecemos, según la ley de Administración Pública se les da permisos para estudios, así como la participación de colaboradores a talleres, videoconferencias.<br><br>Evidencia: Plan de capacitación, Presentación de casos para las pasantes de enfermería. | |

| | | |
|---|---|---|
| 7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo. | Se aplica la Evaluación de Desempeño junto al Ministerio de Administración Publica por lo que se implementa incentivos de acuerdo a los resultados.<br>Se reconoce los empleados en los días de las enfermeras, días de las madres, día de la mujer, día del médico, día del Bioanalistas, día de la secretaria.<br><br>Evidencia; matriz pago de incentivo. | |

**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. | Contamos con varias vías donde monitoreamos las necesidades y expectativas de los grupos de interés como son; la encuesta de satisfacción al usuario que realiza la Gerencia de Atención al Usuario en cuatro de nuestros servicios donde podemos identificar las problemáticas, se socializa con los miembros del comité de calidad y se les busca soluciones para la mejora del servicio; tenemos el Comité de Apertura de Buzón donde se leen las quejas, sugerencias recibidas por nuestros usuarios así como la línea 311. Como somos un centro de salud contamos con contratos con diferentes Administradoras de Servicios de Salud (ARS) para la cobertura de sus afiliados.<br><br>Evidencia: Informe de encuesta de satisfacción, contratos, plan de mejora, reportes de seguimiento de la línea 311, comité de apertura de buzón de sugerencia. | |
| 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- | Contamos con alianzas de instituciones públicas y privadas, autoridades políticas, participamos de reuniones con autoridades.<br><br>Evidencias: Arreglo del salón de acto por parte del banco de reservas, donación de equipos por parte del | |

| | | |
|---|---|---|
| sanitaria, otros. | SNS, donación de sillas de ruedas por el Plan Social, los descargos de equipos y mobiliarios por parte de Bienes Nacionales, juramentación del comité de calidad en el MISPAS.<br>Evidencias: Fotos. | |
| 3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión. | Estamos alineados con las políticas públicas como; Ley General de Salud y sus reglamentos; Ley de Seguridad Social y sus reglamentos; Ley 41-08 de Función Pública y con los indicadores establecidos por el SNS como el Plan Anual de Operación (POA) y nuestra Carta Compromiso al Ciudadano.<br><br>Evidencias: planilla de calidad, matriz de cumplimiento del POA. | |
| 4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas. | Estamos alineados a la Constitución de la Republica Dominicana en su Artículo No. 61 que garantiza el acceso a la Salud, pertenecemos a la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud, cumplimos con las políticas públicas relacionada con Banco de Sangre, Farmacia, laboratorio. Fuimos uno de los 20 hospitales priorizados para Carta Compromiso al Ciudadano donde al momento tenemos vigente la renovación de la segunda versión desde agosto 2024 hasta agosto del 2026.<br><br>Evidencia: Carta Compromiso al Ciudadano. | |
| 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.). | La Gerencia de Atención al Usuario realiza reuniones con grupos focales para determinar la calidad percibida del servicio, mantenemos relaciones con diferentes asociaciones profesionales (enfermería, colegio médico, laboratorio), se les da apoyo a escuelas y/o colegios de la zona para que sus estudiantes realicen las 60 horas reglamentarias, contamos con convenios con universidades por nuestra naturaleza.<br><br>Evidencia; informes, fotos, acuerdos. | |

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| 6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión. | Recibimos la visita de diferentes gremios y hemos sido anfitriones de reuniones por el CMD, de Enfermeras entre otros, se mantiene relaciones con otros centros hospitalarios principalmente de trauma.<br><br>Evidencia, correos y/o comunicaciones de convocatoria. | |
| 7. Aumentan la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización, centrado en las necesidades de los grupos de interés, especialmente, en lo que se refiere la promoción y protección de la salud, control de las enfermedades, otros. | Contamos con el Depto. De Relaciones Públicas donde en las redes sociales cada mes publican la Cartera de Servicios del centro, se resalta días conmemorativos como el de Cáncer de Mama, Semana Santa entre otros.<br><br>Evidencia: Fotos, redes sociales del centro | |

## 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:**<br>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 | Se evidencia que en el Plan Operativo Anual (POA) nos indican las actividades que se debe de realizar, en ella podemos ver aspectos sociales, ecológicos, legales, demográficos por lo que se cumple con el Plan Estratégico Institucional del SNS.<br><br>Evidencia; POA, informes. | |

| | | |
|---|---|---|
| tecnológicos y otros, como insumos para estrategias y planes. | | |
| **2.** Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas. | Contamos con la encuesta de satisfacción al usuario, buzón de sugerencias al usuario, la línea 311, se realizan grupos focales para saber sus necesidades y expectativas.<br><br>Evidencias: Formulario e Informe de encuestas. | |
| 3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas. | Se evidencia el cumpliendo con el Plan Estratégico Institucional del SNS y la actualización de sus disposiciones, así como la del ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Administración Publica, Ética Gubernamental.<br><br>Evidencia; POA, entrega de reportes e informes, memoria 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.). | Anualmente se realiza el autodiagnóstico CAF en donde se aplica el análisis FODA, se evalúa la situación general del centro en sus cuatro criterios resaltando sus puntos fuertes y realizando su plan de mejora a base de las fortalezas, debilidades, oportunidades y las amenazas según los resultados, se realiza el seguimiento durante el año y contamos con la elaboración del plan de mejora según el autodiagnóstico a la evaluación de la metodología de gestión productiva<br><br>Evidencia; CAF 2023-2024 / 2024-2025. Autodiagnóstico MGP, videoconferencias de los indicadores de calidad. | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| ~~1.~~Traduce la misión y visión en objetivos estratégicos (largo y mediano plazo) y operativos | El hospital está alineado a la Plan Estratégico Institucional del SNS y cumplimos con la ejecución | |

| | | |
|---|---|---|
| (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. | de los planes operativos y los reportes requeridos. Estamos para lograr y mantener un alto nivel de satisfacción de los usuarios, mantener la credibilidad con nuestros usuarios, apegados a la normativa realizamos un adecuado control de los recursos, garantizar la calidad y seguridad de los servicios que ofrecemos.<br><br>EVIDENCIAS: POA, reportes de ejecutorias y CCC. | |
| 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. | Contamos con el apoyo de los grupos focales que son parte de los grupos de interés para saber de su satisfacción y expectativa, se realizan encuesta de satisfacción de usuarios diarios, contamos con el buzón de sugerencia, la línea 311, la líneas telefónicas, con los hallazgos se realiza un plan de mejora según resultados donde el fin es corregir y/o actualizar procesos, mantenemos comunicación constante con SNS, Ministerio de salud pública, el área 2, supervisión de área entre otros.<br><br>Evidencia; informes, reportes, correos. | |
| 3.Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización. | Contamos con valores que nos definen, tenemos la responsabilidad social, estamos para brindar un buen servicio, contribuir al sostenimiento ambiental, al bienestar y bridar salud a la comunidad, nuestro centro cuenta con un comité de emergencia y desastres y participamos en las prevenciones especiales como el feriado del Día de la Altagracia, Semana Santa entre otros.<br><br>Evidencia; cartel de los valores, acta del comité. | |
| 4.Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan. | Nuestro centro cuenta con un presupuesto, cumpliendo con las leyes, recibimos por parte de instituciones donaciones. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Evidencias: Presupuesto, fotos de donación. | |

**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):**<br>1.Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados. | Estamos alineados a la planificación estratégica del SNS, y ejecutamos el POA bajos los lineamientos establecidos.<br><br>Evidencia: Ver POA. | |
| **2.** Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados. | Están traducidos los objetivos estratégicos y operativos a través de los planes operativos, definidos por el SNS, se elaboran los acuerdos de desempeño.<br><br>Evidencia: Ver Matriz POA. | |
| 3.Comunican de forma eficaz los objetivos, las estrategias, los planes de desempeño y los resultados previstos/logrados, dentro de la organización y a otros grupos de interés para garantizar una implementación efectiva. | Están definidos los indicadores y objetivos en los planes operativos, por medio de la Matriz de seguimiento y se establecen los cambios requeridos por las autoridades. Anual se realiza la memoria del centro donde se informa los objetivos logrados y somos parte de los hospitales que participan en las videoconferencias que organiza el viceministerio de la garantía de la calidad del MSP.<br><br>Evidencia: Matriz POA. Video conferencia, Memoria. | |
| 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. | Se evidencia la implementación de una plantilla para el seguimiento de los planes operativos, los cuales se miden de forma mensualmente y la memoria institucional que se realiza anual.<br><br>Evidencia: Matriz RTP y comunicación solicitud memoria. . | |

**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. | Contamos con equipos informáticos, internet en todas las oficinas, contamos con Republica Digital para el acceso a nuestros usuarios y colaboradores, contamos con un salón de acto con equipos técnicos Somos parte del SISMAP-SALUD, SISCOMPRA, Portal de transparencia, la línea 311, cumplimos con el Portal de Transparencia.<br><br>Evidencia; portal de sismap-salud, siscompra, imagen de las oficinas. | |
| 2. Construye una cultura impulsada por la innovación y crean un espacio para el desarrollo entre organizaciones, por ejemplo: a través de la formación, el benchmarking/benchlearning, laboratorios de conocimiento, etc. | Se evidencia benchmarking/benchlearning, Nuestro centro es un hospital docente por lo que se mantiene una cultura por la innovación y se crea un espacio para el desarrollo entre organizaciones, nuestros residentes cuentan con un proceso de rotación para la actualización de sus especialidades por diferentes hospitales y viceversa, al igual que el Depto. De Enfermería donde reciben pasantes para la complitud de sus estudios. Participamos en actividades como invitados por diferentes instituciones.<br><br>Evidencias; documentación de enseñanza en la rotación de los residentes y enfermería. | |
| 3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes. | Se socializan los resultados del monitoreo del con los grupos de interés con el fin detectar los puntos fuertes y débil y así buscar la implementación de mejoras, el reporte de satisfacción de usuario es socializado mensualmente con el personal de atención al usuario.<br>Relaciones Públicas colocan cada mes un boletín | |

| | | |
|---|---|---|
| | informativo en el portal web del centro. Evidencia: Revista, listado de instituciones y departamentos que la recibieron.<br><br>Evidencia; Resultados del POA, portal web www.dariocontreras.gob.do, lista de asistencia. | |
| 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 evidencia; Las encuestas de satisfacción al usuario que se realiza diario son hechas con Tablet disminuyendo así el uso del papel, contamos con un proceso de un sistema de ticket electrónico para consulta, laboratorio, imagen y facturación, contamos con un sistema de lectura de imagen en todo el hospital.<br><br>Evidencia; fotos. | |
| 6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados. | Contamos con la implementación contemplados en el presupuesto general.<br><br>Evidencia; presupuesto, cuentas bancarias. | |

## 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 con una solicitud a las autoridades y encargados sobre la necesidad de recursos humanos 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), anualmente se realiza el plan de capacitación según las necesidades expuesta por los encargados.<br><br>Evidencia: comunicación. | |
| 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. | Nuestro centro cuenta con el manual de organización y funciones donde se describe las responsabilidades, la implementación del POA se verifica el cumplimiento de las metas de cada área, contamos con los diferentes horarios establecidos en los servicios, autorización de permisos, licencias y vacaciones basadas en la ley 41-08.<br><br>Evidencias: formularios estandarizados. | |
| 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. | Se implementa la política de recursos humanos con los principios de equidad, neutralidad política, mérito, igualdad de oportunidades, diversidad, responsabilidad social y equilibrio entre el trabajo y la vida laboral.<br>Evidencia; permiso de estudios, comunicación de ascensos internos. | |
| 4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia. | Nos acatamos en cumplir con el proceso del SNS y del MAP para la contratación de los RrHh, pero en vista de las necesidades nuestro centro toma en cuenta al personal que labora para su posible promoción y/o ascenso.<br><br>Evidencia: Acción de personal. | |
| 5. Asegura, que las competencias y capacidades necesarias para lograr la misión, la visión y los valores de la organización sean las adecuadas, | Cumplimos con la Ley 41-08 establecidos, contamos con un manual de función, Se realiza evaluación de capacidades y recibimos lo que nos envía el | |

| | | |
|---|---|---|
| centrándose especialmente, en las habilidades sociales, la mentalidad ágil y las habilidades digitales y de innovación | SNS.<br><br>Evidencia: Formulario. | |
| 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). | Mostramos una firme convicción a la inclusión, en las diferentes áreas del centro podemos apreciar trabajos dignos, horarios de acuerdo al servicio, no discriminamos por etnia, condición social, política, sexo, estados legal entre otras donde se pude evidenciar con la asignación de los colaboradores.<br><br>Evidencia; hoja de asignación por el SNS mas la asignación al área por parte de RrHh del centro. | |
| 7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas | Contamos con la evaluación de desempeño que se realiza anualmente en ella se coloca las funciones del colaborador, la valoración y puntuación.<br><br>Evidencia: Formulario. | |
| 8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas. | El monitoreo se realiza anualmente, a final de cada año, al momento del colaborador firmar se le explica cualquier duda que exprese.<br><br>Evidencia; formulario de evaluación. | |
| 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. | Se ha implementado una política de gestión eficaz, contamos con horarios que los colaboradores cuentan dependiendo del área donde presta servicios esta matutino, vespertino, nocturno y fines de semana y días feriados, nos acogemos a lo establecido en la ley de Función Publica 41-08, licencias postnatal.<br>Evidencia; Acción de personal. | |

**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. | Se cuenta dentro de las actividades del POA se realiza el plan de capacitación, que está sustentado por la necesidades que los responsables de áreas identifican y envían. También identificamos las competencias de los empleados administrativos y de salud con la actualización de sus Currículo Vitae.<br><br>Evidencias: Plan, Movimientos internos. | |
| 2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual. | Se realiza la inducción a nuevos empleados y se le asigna a una persona para que la entrene.<br><br>Evidencias: Lista de participantes. | |
| 3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados. | La movilidad interna de los empleados es para el cruce de información, Cumplimos con el proceso del SNS y del MAP para la contratación.<br><br>Evidencias; acción de personal recibida por el servicio con la asignación del empleado. | |
| 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). | Contamos y ponemos en ejecución el Plan de Capacitación de acuerdo a la disposición. Nuestro personal participa en talleres vía zoom, o teanms, entre otros que realiza el MAP, SNS u otra institución.<br><br>Evidencias: Plan de capacitación. | |
| 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. | Toda actividad es planificada por el área de interés con la dirección y relaciones públicas, en cuanto a lo ético la Oficina del Libre Acceso a la Información ha coordinado con capacitaciones sobre el mismo<br><br>Evidencia; comunicación de la convocatoria, formulario de relaciones públicas para las actividades. | No se evidencia. |
| 6. Se evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el | | No se evidencia. |

| | | |
|---|---|---|
| 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. | | |

**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 evidencia que la dirección de nuestro centro mantiene las puertas abiertas para un mejor dialogo, tenemos un buzón de empleados.<br><br>Evidencia; fotos del buzón. | |
| 2. Se crea las condiciones para que el personal tenga un rol activo dentro de la organización, por ejemplo, en el diseño y desarrollo de planes, estrategias, objetivos y procesos; en la identificación e implementación de actividades de mejora e innovación, etc. | En la parte docente se realiza diariamente entrega de guardia donde se presenta todo lo realizado del día anterior, en el cumplimiento de las actividades del POA cada área cuenta con un equipo donde trabajan coordinadamente, Tenemos conformados comités donde se reúnen.<br><br>Evidencias: Actas de comités. | |
| 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. | Anualmente recursos humanos aplica la encuesta al clima laboral en coordinación con el Ministerio de Administración Pública (MAP), y se socializa los resultados con la directiva del centro.<br><br>Evidencia, Encuesta de Clima Laboral y Plan 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. | Nuestros colaboradores cuentan con áreas climatizadas de aire acondicionado, acceso a internet, estación telefónica, equipos de tecnología para sus funciones, el personal que labora en los servicios de 24 horas cuentan con habitaciones para descanso confortables, cada colaborador cuenta con seguro médico, contamos con un comité de | |

| | | |
|---|---|---|
| | bioseguridad que se mantiene vigilante al cumplimiento de la protección de equipos personal.<br><br>Evidencia; acta de comité. | |
| 5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados. | Todos los colaboradores cuentan con un horario según su turno laboral lo que le permite equilibrar su tiempo personal y familiar-<br><br>Evidencia; hoja de asistencia. | |
| 6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad. | Se presta especial atención a los empleados más desfavorecidos, nuestro centro cuenta con una residente inválida que no limita su capacidad así como una profesional de la salud en el área de psiquiatría.<br><br>Evidencia; acción de personal | |
| 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. | Por medio a la evolución de desempeño nuestros colaboradores reciben un incentivo que depende de su calificación a su producción.<br><br>Evidencia; matriz de pago de incentivo. | |

**CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.**

**<u>Considere lo que está haciendo la organización para lograr lo siguiente:</u>**

**SUBCRITERIO 4.1. Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes**

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

| | | |
|---|---|---|
| **Los líderes de la organización:**<br>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.). | Identificamos nuestro proveedores, Alianzas Dominicanas de servicios ambientales (AIDSA) Proveedor contratado que se dedicara al manejos de los desechos infecciosos de nuestro centro. Promese Cal es un proveedor donde nos garantiza medicamentos y materiales desechables. Contamos con contratos de gestiones con PSS institucionales, que son las prestadoras de salud, es todo aquel profesional de salud legalmente facultado o entidades públicas o privadas o mixtas descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, dedicada a la provisión de servicios ambulatorios de diagnósticos, farmacéuticos, hospitalarios y quirúrgicos, habilitadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social las cuales son denominadas como PSS de acuerdo a la ley 42-01, contratada por las ARS y cuya actividad principal sea proveer servicios de salud a los afiliados. Somos un hospital docente donde contamos con residencia en cinco especialidades por lo que contamos con convenios con diferentes universidades, contamos con un voluntariado en nuestras instalaciones.<br><br>Evidencias; contratos. | |
| 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. | Contamos con acuerdos entre universidades, centros educativos, seguros médicos, proveedores Tenemos operativos con fundaciones,<br><br>Evidencia; acuerdos. | |
| 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. | Definimos la responsabilidad entre ambas partes, regirse por los canales adecuados de comunicación y estructuras organizativa al momento de diseñar | |

| | | |
|---|---|---|
| | planes para la experiencia clínica de los estudiantes, en concordancia de los objetivos de aprendizaje estipulados Cumplir con todos los requerimientos aplicables de privacidad estipulado por la ley. El impacto se refleja en los logros obtenidos<br><br>Evidencias; contratos/acuerdos. | |
| 4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado. | Identificamos dentro de nuestra alianza, asegurarnos que cada uno de los estudiantes cumpla con los criterios de salud estipulados en el programa.<br><br>Evidencias; acuerdos. | |
| 5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública. | Seleccionamos los proveedores de servicios que califiquen dentro del marco de lo legal y la ley de compras y contrataciones pública Ley 340-06.<br><br>Evidencia; Licitación en la compras. | |

**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. | Cada año se realiza la Encuestas de clima laboral para nuestros colaboradores, para nuestros usuarios se aplica la encuesta de satisfacción de usuario donde se mide mensualmente y de ella nuestros pacte. Nos indica su satisfacción, contamos con buzón de quejas y sugerencias, línea 311, la oficina de AU, se les da charlas acerca de sus derechos y deberes, contamos con el Comité de Calidad y Seguridad del paciente, donde se mantienen en socialización diaria vía WhatsApp y reuniones ordinarias cada dos meses. Nuestro departamento de relaciones públicas mantiene las redes sociales con toda la información sobre el centro y por igual | |

| | | |
|---|---|---|
| | se recibe en ella quejas, sugerencias y felicitaciones. Evidencias: formularios, informes de llamadas, informe de quejas y sugerencias.<br><br>Evidencias; informe de buzón de sugerencias, acta de conformación de comité. | |
| 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. | Contamos con un portal de transparencia certificado por la OPTI al igual que nuestra página web, nuestro centro cuenta con un equipo de Contraloría de la Republica Dominicana, cumplimos con las compras a través del portal, comité de compras, SISMAP-SALUD, SISCOMPRA, nuestra memoria anual.<br><br>Evidencia; foto del Portal y pagina web. | |
| 3. Desarrolla una gestión eficaz de las expectativas, explicando a los pacientes los servicios disponibles y sus estándares de calidad, como, por ejemplo: el Catálogo de Servicios y las Cartas Compromiso de Servicios al Ciudadano. | Se promociona constantemente a través de charlas y publicaciones en todas nuestras redes sociales la cartera de servicios. Y se definen los indicadores en la oficina de atención al usuario mediante la encuesta de satisfacción, nuestra Carta Compromiso al Ciudadano vigente hasta el 2024 comprometiendo cuatro de nuestros servicios con más demandas.<br><br>Evidencias: cronograma de cartera de servicios, cronograma de charlas, Carta Compromiso. Publicaciones en las redes y en la web. | |

**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. | Tenemos nuestro presupuesto alineado a los establecidos en nuestro POA. Velamos por que los recursos sean utilizados de forma transparente, se revisan las tendencias de compras para verificar los cambios y controlar, se analizan los consumos mensuales.<br><br>EVIDENCIA: Formularios de Comité de Compras, Reporte consolidad, con los ingresos y gastos mensuales por áreas. | |
| 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. | Contamos con una dirección administrativa y financiera, donde se mantiene el control de activos fijos, control de inventario, almacén, provisiones de cocina, contamos con almacén de medicamentos e insumos médicos, equipos, cumplimos con la norma de expedientes clínicos que trabaja junto a facturación y garantiza el control de las glosas.<br><br>Evidencia; presupuesto, plan de compras, plan de mejora. | |
| 3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros. | Optimizamos los recursos por medio de las compras para poder enfrentar los casos de que se requiera un aumento de los gastos.<br><br>EVIDENCIA: Formularios de Comité de Compras, Reporte consolidado, con los ingresos y gastos mensuales por áreas. | |
| 4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible. | Contamos con la presencia de la Contraloría de la Republica Dominicana en nuestras instalaciones, cumplimos con el portal de transparencia por medio a la Oficina de Libre Acceso a la Información, así como el cumplimiento del portal de compras, Implementamos la matriz que nos remite el SNS para el cumplimiento de los indicadores financieros. Utilizamos Formularios de Comité de Compras, | |

| | | |
|---|---|---|
| | Reporte consolidado, con los ingresos y gastos mensuales por áreas.<br><br>EVIDENCIA: POA y presupuesto del hospital. | |
| 5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables. | Nuestro centro utiliza todos los documentos estandarizados por el SNS, el departamento de estadísticas diariamente busca las informaciones del centro para subirla al formulario oficial el 67A, somos de los hospitales en el SISMAP-SALUD, SISCOMPRA, mensual se envía los reportes/informes de monitoreo al SRM.<br><br>Evidencia; documentos estandarizados, plataforma A | |

**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. | Contamos con un área de archivo la cual nos permite conservar los expedientes clínicos con un acceso rápido, sistema de registro de expedientes. Gestionamos el conocimiento a través de las residencias médicas, departamento de enseñanzas e investigaciones.<br><br>Evidencia: nuevo sistema, jornadas científicas, revista. | |
| 2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada. | Contamos con un departamento de estadísticas que se encarga de almacenar y tabular los datos. La oficina de libre acceso a la información proporciona datos actualizados disponibles externamente.<br><br>Evidencias: Reportes estadísticos 67-A, portal de transparencia. | |
| 3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el | Se realizan capacitaciones virtuales. | |

| | | |
|---|---|---|
| conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales. | Evidencia; lista de participantes, fotos. | |
| 4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos. | Contamos con un Plan de Capacitación junto al Instituto Nacional de la Administración Pública (INAP), el hospital cuenta con internet en todas sus instalaciones, además somos un hospital docente por lo que la colaboración de aprendizaje siempre está.<br><br>Evidencia, plan. | |
| 5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad. | Nuestro monitoreo de la información lo realiza Calidad en los Servicios aplicando los formularios estandarizados, recibiendo las informaciones para sus observaciones y envió a los gestores de la actividad así como las evidencias recibidas en el Depto. De Evaluación y Monitoreo del Plan Operativo Anual (POA).<br><br>Evidencias; recepción y envió oportuno de las informaciones. | |
| 6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes. | Tenemos grupos de WhatsApp, correos institucionales, realizamos reuniones para difundir informaciones de interés, murales, revistas, circulares.<br><br>Evidencias, capturas de mensajes de WhatsApp. | |
| 7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización. | Cada colaborador de nuevo ingreso cuenta con la inducción no solo de lo que es el hospital sino también de las labores que debe de cumplir con un acompañamiento individualizado, como hospital docente cada residencia cuenta con sus coordinadores y profesores según asignatura.<br><br>Evidencia; lista de participación de inducción. | |

| | | |
|---|---|---|
| 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. | Contamos con la encuesta de satisfacción de usuarios donde captamos el nivel de satisfacción y se detecta el área a mejorar, como datos abiertos contamos con nuestra página web donde está la sección de la Oficina al Libre Acceso a la Información (OAI) donde se cumple con la transparencia mostrando datos de acceso abiertos, así como la plataforma del SISMPA-SALUD donde se evidencia todas a las actividades que se realizan, nuestras redes sociales muestran informaciones relevantes a nuestro centro y de interés a personas externos como internas, contamos con la Carta Compromiso al Ciudadano Facilita información al usuario sobre los servicios y los estándares de calidad esperados en cada una de las áreas donde son entregados los mismos, así como los derechos y deberes de nuestros usuarios, forma y lugares donde estos derechos puedan y deben ser reclamados en caso de que el usuario considere que han sido violados.<br><br>Evidencia; página web; www.dariocontreras , carta compromiso. | |
| 9. Asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que se van que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización. | Contamos con procesos digitalizados donde las informaciones por los empleados se encuentra en una red o nube, nuestros colaboradores cuentan con calves o usuarios que son inhabilitados desde que son desvinculados y/o dan su renuncia así como le son retirados carnet y/o clave de acceso.<br><br>Evidencia; correos institucionales, correos externos de uso del departamento | |

**SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.**

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| 1. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo | Imágenes médicas con capacidad para 100 usuarios | |

| | | |
|---|---|---|
| con los objetivos estratégicos y operativos. | conectados en línea, Servidor de imágenes Médicas, Restauración Kit de cámaras, Instalación infraestructura centro de facturación, refuerzo proceso del Wi-Fi, sistema de ticket digital según servicio solicitado.<br><br>Evidencias; fotos. | |
| 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. | Tenemos un Cloud interno (nube) para almacenar. Evidencia; foto. | |
| 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. | Tenemos servicios en línea en nuestra página web.<br><br>Evidencia; Foto. | |
| 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. | Contamos con un perímetro de seguridad.<br><br>Evidencia; contrato con la telefónica, fotos del data center. | |
| 7. Toma en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC, por ejemplo: la gestión de residuos de cartuchos, accesibilidad reducida por usuarios no electrónico, etc. | . | No se 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. | Si, el departamento de farmacia utiliza el proceso de SUGEMI como lo ha establecido el Ministerio de Salud Pública y el SNS.<br><br>Evidencia; portal del SUGEMI | |

**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 de energía, equipos, medios de transporte y materiales). | Atreves de nuestro plan de mantenimiento el uso eficiente y rentable del edificio, equipo en sentido general.<br><br>Evidencia Plan de Mantenimiento. | |
| 2.Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes. | Contamos con una nueva edificación que nos permite una distribución adecuada de los servicios y tenemos un área de mantenimiento que se ocupa de asegurar el buen uso de las instalaciones, con un Poa y Plan de Mantenimiento que nos garantiza el cumplimiento de los objetivos.<br><br>Evidencia; Poa y Plan de Mantenimiento. | |

| | | |
|---|---|---|
| 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. | Nuestro centro realiza remodelaciones y reparaciones de mobiliarios así como el chequeo de los vehículos y la eliminación segura contamos con una compañía que se encarga de la recolección de los desechos biológicos, establecimos contendores con funda de colores para una mejor clasificación.<br><br>Evidencia: Fotos. | |
| 4.Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local). | Somos un hospital de 3er. Nivel donde nuestra misión es brindar servicios de salud integral y especializada a todos nuestros usuarios, nuestro salón de acto siempre está disponible no solo para la presentación de casos a nuestros residentes sino para las organizaciones que así lo soliciten.<br><br>Evidencia, fotos de actividades. | |
| 5.Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos. | Contamos con dos vehículo los cuales se le da el manteniendo en tiempo debido en caso de necesario se remite a taller correspondiente., contamos con tres planta eléctricas cuales se le da manteamiento de acuerdo a lo establecido en plan de manteamiento de esta misma forma también se contempla los aires acondicionado y equipos médicos.<br><br>Evidencias Plan de mantenimiento. | |
| 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). | Contamos con parqueo suficiente tanto para empleado como paciente, contamos con rampas en puntos específicos para personas minusválida, la accesibilidad a nuestro centro es fácil ya que nos encontramos ubicados en la autopista Las Américas con aseso a transporte.<br><br>Evidencia, fotos. . | |

| | | |
|---|---|---|
| 7.Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres. | Contamos con el Comité de Emergencia y Desastres, tenemos un Plan de Emergencias que se actualiza cada año, para las actividades como semana santa, fin de semana de navidad entre otros se realiza planes para así dar un mejor servicio.<br><br>Evidencia, acta del comité, plan. | |
| 8.Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros) | Si, contamos con el Plan de mantenimiento, donde su encargado realiza un reporte mensual de las actividades según plan.<br><br>Evidencia; plan e informe de seguimiento. | |
| 9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra). | Contamos con un departamento de activos fijos.<br><br>Evidencia; matriz de control de los activos fijos y su responsable. | No se evidencia |
| 10.Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios. | Nuestro centro cuenta con el Depto. De Epidemiologia que se encarga del programa de saneamiento, en cuanto a la gestión de desechos contamos con la empresa AIDSA, con los residuos sólidos hospitalarios contamos con la recogida de basura por el ayuntamiento de santo domingo este.<br><br>Evidencia; contratos | |

**CRITERIO 5: PROCESOS**.

**<u>Considere lo que la organización hace para lograr lo siguiente:</u>**

**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:**<br>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 cuenta con un manual de organización y funciones describen cada una de las áreas y unidades organizacionales que conforman la estructura formal del Hospital.<br><br>Evidencia; resolución aprobación manual | No se evidencia |
| 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. | Los procesos se desarrollan de acuerdo a las prioridades planteadas en el Plan Operativo Anual.<br><br>Evidencias: procesos documentados y POA . | |
| 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. | Como centro docente nuestros especialistas siempre están acorde a las actualizaciones, procesos que son transmitidos a los residentes para su enseñanza, de esa forma se les brinda a las pacientes, familiares, personal y/o cualquier grupo de interés un servicios para satisfacerlos, nuestros residentes como parte de su especialización hacer rotaciones por diferentes hospitales según su año y este le permite conocer y poner en práctica lo que van aprendiendo.<br><br>Evidencia; lista de rotación de los residentes. | |
| 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. | Se realiza la encuesta de satisfacción de usuarios donde nos permite medir y mejorar nuestro servicio, contamos con el cumplimiento del SISMAP-SALUD, SISCOMPRA, el portal de transparencia, donde nos permite analizar y evaluar los procesos para poder alcanzar los objetivos establecidos.<br><br>Evidencia, portal, informe de encuesta. | |
| 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 | Contamos con nuestra Cartera de Servicios actualizada que se publica mensualmente en nuestras redes sociales, tenemos la matriz de monitoreo para el POA, a final de año se realiza a los | |

| | | |
|---|---|---|
| servicios, etc.). | empleados la evaluación de desempeño donde se evidencia las tareas por grupo ocupacional al igual contamos con la Carta Compromiso al Ciudadano con una vigencia de 2024-2026<br><br>Evidencia; redes sociales del centro, matriz de monitoreo, matriz de evaluación por cargo- | |
| 6. Implementa un sistema de información en la provisión de servicios y el control epidemiológico eficaz, mediante la socialización y control de los Protocolos y Normas, las Medidas Sanitarias, la Articulación de la Red (Sistema de referencia y contrareferencia), el expediente clínico integral. (Expediente único) entre otros. | Contamos con el Depto. De Epidemiologia donde cumple con los protocolos y normas, somos un centro de 3er. Nivel por lo que nos regimos con el cumplimento de la articulación de la red recibiendo a nuestros usuarios con referencia, cumplimos con la aplicación de expedientes clínicos.<br><br>Evidencia; matriz reporte de referencia y contrarreferencia | |
| 7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red. | Nuestro centro se encuentra en el proceso de habilitación en estos momentos.<br><br>Evidencia; Licencia de habilitación. . | |

**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, otros. | Por medio de las encuestas de satisfacción de usuario que es realizada por atención al usuario en cuatro áreas de servicios.<br><br>Evidencia, se realiza socialización con grupos de focales para saber sus inquietudes: Resultados de encuestas. | |
| 2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización. | Contamos con los servicios de las impresoras, donde el proveedor realiza mantenimiento según área por lo que se mantiene activa la vida útil de la misma. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Evidencia, contrato con Toner depot. Cumplimos con la Ley 64-00 sobre medio ambiente y recursos naturales y con la ley de manejo de desechos y materiales. | |
| 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, tablones de anuncios en Braille y audio), otros. | El hospital labora 24 horas en el área de Emergencias y Diagnósticos, y para atención en consulta ofrece tres (3) tandas de horarios por día, a los fines de garantizar el acceso al servicio y cubrir con las demandas de los usuarios, también contamos con nuestra cartera de servicios publicada tanto en físico con digital en todas nuestras redes sociales y el portal web.<br><br>Evidencias: Formulario 67-A y tabulación de encuestas. | |

**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. | Trabajamos con referencia y contra referencia, traslados de pctes a otras áreas para realizarse estudios a otros centros, trasladados de pctes a otros centros.<br><br>Evidencia; formulario. | |
| 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. | Pertenecemos a la Red de Servicios Públicos, como centro de 3er. Nivel contamos con referencia y contra referencia, como centro docente contamos con acuerdos con universidades.<br><br>Evidencia, matriz de referencia y contra referencia, acuerdos. | . |

| | | |
|---|---|---|
| 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. | Según el servicio y cualquier oportunidad de mejora se realizan socializaciones con proveedores de servicios, ARS por las auditorias de expedientes.<br><br>Evidencia; contratos con ARS y proveedores | |
| 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.)

Como muestra de satisfacción de los pacientes en nuestra segunda versión de la Carta Compromiso al Ciudadano se incluyó el servicio de emergencia, en nuestro informe de 2do. Semestre se obtuvo una valoración en una muestra de 3,024 (99.06%) de usuarios encuestados, obteniendo un 99.06% de pacientes que recomendarían a nuestro centro.

Evidencia; encuestas de satisfacción de usuarios, informe de los resultados del 2do. Semestre 2024.

| Percepción | ¿Cómo califica la amabilidad del personal que le atendió? | | ¿Cómo considera la profesionalidad del personal que le atendió? | | ¿Cómo considera la facilidad y rapidez del servicio brindado? | | ¿Cómo percibe el manejo de las informaciones del personal que le atendió? | | ¿Cómo considera el acceso a los servicios solicitados? | | ¿Cómo considera el tiempo para recibir los resultados de los estudios realizados? | | ¿Cómo considera la higiene y comodidad del espacio físico? | | En general, ¿Cómo considera la calidad del servicio recibido? | | | ¿Recomendaría a otra persona atenderse en este establecimiento de salud? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Muy Mala | 4 | 0% | 5 | 0% | 2 | 0% | 4 | 0% | 2 | 0% | 3 | 0% | 46 | 2% | 3 | 0% | | |
| Mala | 3 | 0% | 6 | 0% | 5 | 0% | 4 | 0% | 2 | 0% | 2 | 0% | 276 | 11% | 3 | 0% | | |
| Regular | 80 | 3% | 82 | 3% | 119 | 5% | 106 | 4% | 121 | 5% | 124 | 5% | 387 | 15% | 126 | 5% | Si | 2501 |
| Buena | 851 | 34% | 907 | 36% | 866 | 34% | 927 | 37% | 909 | 36% | 916 | 36% | 427 | 17% | 866 | 34% | No | 11 |
| Muy Buena | 1574 | 63% | 1512 | 60% | 1520 | 61% | 1471 | 59% | 1478 | 59% | 1467 | 58% | 1376 | 55% | 1514 | 60% | T | 2512 |
| **Satisfacción** | **2425** | **96,54%** | **2419** | **96,30%** | **2386** | **94,98%** | **2398** | **95,46%** | **2387** | **95,02%** | **2383** | **94,86%** | **1803** | **71,78%** | **2380** | **94,75%** | | **99,6%** |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0,4% |

| | |
|---|---|
| Amabilidad | 96,54% |
| Profesionalidad | 96,30% |
| Facilidad y Rapidez | 94,98% |
| Manejo de las Informaciones | 95,46% |
| Acceso a los Servicios | 95,02% |
| Tiempo para recibir Resultados | 94,86% |
| Higiene y Comodidad | 71,78% |
| Calidad del Servicio | 94,75% |

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).

Contamos con un departamento de atención a los usuarios en el primer nivel del hospital, que se encarga de orientar e informar a nuestros usuarios de nuestros servicios, donde se mide con las encuestas, con los atributos de amabilidad obtuvimos un 96.85% en profesionalidad un 96.6% de satisfacción.

Evidencia, informe y resultados 2do. Semestre 2024.

3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.

Los resultados de las encuestas de satisfacción al usuario nos permite saber en qué servicio/atributo se puede mejorar, por lo que participación de los ciudadanos/clientes en sus respuestas en la encuesta es muy importante para el centro, en nuestra encuesta la pregunta sobre la higiene se obtuvo un 55% de muy buena, en general un 71.78%. Para este indicador se realizó un informe de levantamiento y la solicitud de colaboradores para el área de consejería.

Evidencia, informe y resultados 2do. Semestre 2024

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| 4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.). | Cumplimos con la ley 200-04 de Libre Acceso a la Información, contamos con el portal de transparencia en nuestro portal web donde para el mes de abril 2024 cumplimos con un 85.77% medido por la DIGEIG, somos parte del SISMAP-SALUD, SISCOMPRA.<br><br>Evidencias: resultados de monitoreo en el portal del centro. | |
| 5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes. | Para el 2do. Semestre nuestro centro obtuvo un 92.46% de satisfacción general, en cuanto a si recomendaría a otra personal atenderse en el centro el porcentaje fue de un 99.6%.<br> <br>Evidencias: informe y resultados 2do. Semestre 2024. | |

**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.). | Estamos ubicados un punto céntrico con acceso a trasporte público, tenemos personal de avanzadas para asistir a las personas con discapacidad, iniciamos a la 6:00 a.m. nuestros servicios de admisión y facturación, contamos con un turno especial para el usuario que lo amerite, los costos de los servicios se les cargan a las a ARS o al hospital, nuestro porcentaje en el acceso a los servicios es de 95.02%.<br><br>Evidencias: avanzadas en la entrada de la consulta y | |

| | | |
|---|---|---|
| | otras áreas, turnos electrónicos, pochandor, informe de facturación informe y resultados 2do. Semestre 2024. | |
| 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.). | Somos uno de los centros priorizados por el SNS y el SISMAP-SALUD, cumplimos con la Evaluación y Monitoreo del Plan Operativo Anual, donde evidenciamos la Medición de la calidad de los servicios y a través de encuestas de satisfacción de usuarios, y monitoreo constante del vice ministerio de la garantía de la calidad e indicadores de calidad establecidos.<br><br>Evidencias: facturación informe y resultados 2do. Semestre 2024, Portal del SISMAP-SALUD. | |
| 3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.). | Damos Preferencias a los envegecientes, niños, embarazadas y personas en camillas. Gestionados por personal de atención al usuario. Nuestras habitaciones se colocan hombres con hombres y mujeres con mujeres, tenemos ascensores, nuestro porcentaje de satisfacción en facilidad y rapidez del servicio en el 2do. Semestre del 2024 fue de 94.98%.<br><br>Evidencias: tiques de turnos especiales para este tipo de casos, informe y resultados 2do. Semestre 2024. | |
| 4. Capacidades de la organización para la innovación. | Contamos con el control de tickers y tickers especiales para consulta, facturación, laboratorio.<br><br>Evidencia, fotos. | |
| 5. Digitalización en la organización. | En nuestro control de tickers va dando el turno según su ingreso en consulta, tenemos un proceso de facturación digitalizado con la red de las ARS y el servido de imagen que con un número asignado se | |

| | | |
|---|---|---|
| | puede buscar la imagen en cualquier dispositivo conectado en el sistema.<br><br>Evidencia, fotos, data center | |

## 6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

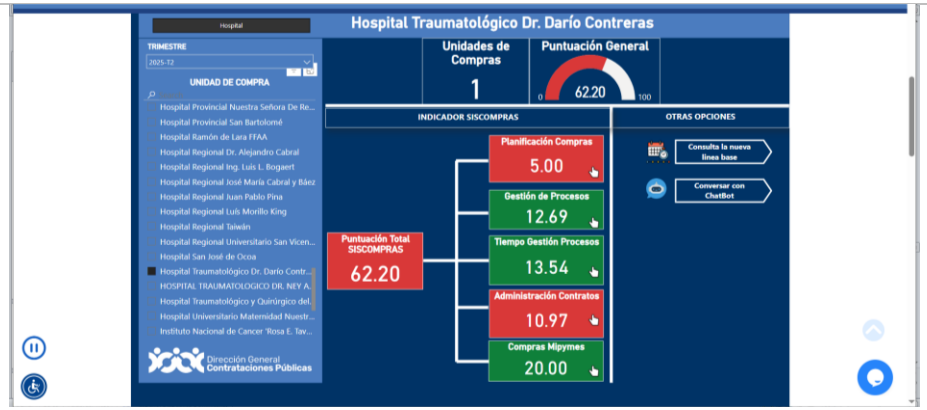
| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| 1. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio). | Según nuestra último informe trimestral en la encuesta de satisfacción el tiempo aceptado por nuestros usuarios fue de un 94.86% de aceptación.<br><br>Evidencias: informe y resultados 2do. Semestre 2024 | |

| | Percepción | ¿Cómo califica la amabilidad del personal que le atendió? | | ¿Cómo considera la profesionalidad del personal que le atendió? | | ¿Cómo considera la facilidad y rapidez del servicio brindado? | | ¿Cómo percibe el manejo de las informaciones del personal que le atendió? | | ¿Cómo considera el acceso a los servicios solicitados? | | ¿Cómo considera el tiempo para recibir los resultados de los estudios realizados? | | ¿Cómo considera la higiene y comodidad del espacio físico? | | En general, ¿Cómo considera la calidad del servicio recibido? | | | ¿Recomendaría a otra persona atenderse en este establecimiento de salud? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Muy Mala | 4 | 0% | 5 | 0% | 2 | 0% | 4 | 0% | 2 | 0% | 3 | 0% | 46 | 2% | 3 | 0% | | |
| 4 | Mala | 3 | 0% | 6 | 0% | 5 | 0% | 4 | 0% | 2 | 0% | 2 | 0% | 276 | 11% | 3 | 0% | | |
| 5 | Regular | 80 | 3% | 82 | 3% | 119 | 5% | 106 | 4% | 121 | 5% | 124 | 5% | 387 | 15% | 126 | 5% | Si | 2501 |
| 6 | Buena | 851 | 34% | 907 | 36% | 866 | 34% | 927 | 37% | 909 | 36% | 916 | 36% | 427 | 17% | 866 | 34% | No | 11 |
| 7 | Muy Buena | 1574 | 63% | 1512 | 60% | 1520 | 61% | 1471 | 59% | 1478 | 59% | 1467 | 58% | 1376 | 55% | 1514 | 60% | T | 2512 |
| 11 | **Satisfacción** | **2425** | **96,54%** | **2419** | **96,30%** | **2386** | **94,98%** | **2398** | **95,46%** | **2387** | **95,02%** | 13 | **94,86%** | **1803** | **71,78%** | **2380** | **94,75%** | | **99,6%** |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0,4% |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Amabilidad | **96,54%** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Profesionalidad | **96,30%** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | Facilidad y Rapidez | **94,98%** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | Manejo de las Informaciones | **95,46%** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | Acceso a los Servicios | **95,02%** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | Tiempo para recibir Resultados | **94,86%** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | Higiene y Comodidad | **71,78%** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | Calidad del Servicio | **94,75%** | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos).<br>1. Costo de los servicios.<br>2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios<br>3. Cumplimiento de los estándares comprometidos. | La Apertura de buzón de quejas que se realiza semanal con respuestas en 10 días laborables, para el 1er. Trimestre 2025 se obtuvo un total de veinte (20) formularios dentro del buzón, se le dieron respuestas a nueve (9) usuarios; a tres (3) usuarios se le llamo pero la llamada no fue atendida, dos (2) la persona no era, dos (2) felicitaciones, un (1) reclamo, tres (3) sugerencias, un (1) queja captado en la oficina donde respuesta inmediata y cero (0) queja de la línea 311 dando respuesta en tiempo establecido, nuestro centro no realiza cobra alguno a nuestros pacientes. Para este 1er. Trimestre obtuvo un 88.19% de satisfacción.<br><br>Evidencia, Informes mensuales de apertura de buzón de sugerencias de la Oficia de Atención al Usuario del 2025. | |
| 4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanación) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad. | Se realizan plan de mejora si alguna de nuestros servicios comprometidos está bajo el 90% de satisfacción, en la medida de subsanación hasta el momento es de 0%, nuestra directiva no lo ha aplicado ya que se cumplen los tiempos de respuesta.<br><br>Evidencia, matriz de resultados. | |
| 5. Grado de cumplimiento de los indicadores de eficiencia sanitaria, en relación a: número de pacientes por día, número de camas ocupadas por día, tiempo medio ocupación de sala quirúrgica, tiempo medio de permanencia del paciente, etc. | Número de pacientes por día en el 4to. Trimestre 2025 fue de 96%, numero de ocupación de camas fue de 89%, Nuestro centro tiene a la fecha un cumplimiento de 94% en el cumplimiento de CCC.<br><br>Evidencia, resultados encuesta, plataforma SISMAP. | |
| 6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios. | Si, va acorde con los servicios que se ofrece como hospital de 3er. Nivel. Evidencia, publicación de la cartera de servicios mensual en todas las redes sociales Twitter, -Instagram, -Facebook, -You tube y la Página web. www.dariocontreras.com<br>Evidencia; redes sociales. | |
| 7. Índice de Satisfacción de Usuarios. | Para el 1er. Trimestre nuestro índice de satisfacción es de 88.19%,<br><br>Evidencia, matriz de resultados. | |

**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. | Contamos con diferentes redes sociales como;<br>-Twitter con 311 seguidores.<br>-Instagram con 19,027 seguidores.<br>-Facebook con 3,982 seguidores.<br>-You tube con 46 seguidores.<br>-Threads con 2,699 seguidores.<br>-Página web. www.dariocontreras.com<br>Contamos con nuestra línea telefónica, correo electrónico.<br><br>Evidencias; Imagen de las redes. | |
| 2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.) | Tenemos un servicio de atención al usuario para información, contamos con la Carta Compromiso al Ciudadano, carteles con nuestra misión, visión y valores, cartera de servicios, contamos con redes sociales, portal web, grupos de whatsapp. Con relación a la información sin errores contamos con el portal de transparencia donde contamos con un 85.77% para el mes de abril 2024, SISMAP-SALUD con un 63.42%, SISCOMPRA 67.29%, Comité de Compras activo, publicación de la memoria institucional.<br><br>Evidencia, carta compromiso, portal, entre otros. | |

| | | |
|---|---|---|
| |  | |
| 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. | Portal de transparencia, monitoreo de las actividades del POA con un resultado de 90% en el T4-2024, SISCOMPRA con un 62.20% que incluye el portal de transparencia monitoreado por la oficina de libre acceso a la información.<br><br>Evidencia. Portal de SISCOMPRA, SISMAP-SALUD, Página web del centro, POA. | |

**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). | Porcentaje de objeción glosas médicas y administrativas 100%, Porcentaje Disminución deuda 59%, porcentaje de ejecución presupuestaria 100%, en el 4to. Trimestre del 2025.<br>Cantidad de usuarios encuestados entre enero-marzo 2025 1,031 encuestados.<br><br>Evidencia. Planilla encuesta, portal SISMAP. | |
| 2. Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes | | No se evidencia |

| | | |
|---|---|---|
| (Número, tipo y resultados de las innovaciones implementadas). | | |
| 3. Indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. (Resultados de indicadores previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad). | | No se evidencia |

**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 información de imágenes se carga en un archivo con un programa MERGE Emed (EFILM WORKSTATION) donde los médicos tiene acceso desde los consultorios con el código asignado a cada paciente en la oficina de imagen, laboratorio con el sistema LAB Plus el cual esta automatizado.<br><br>Evidencia, Factura donde evidencia el código. | |
| 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). | Contamos con las redes sociales (Facebook, Instagram, twitter, youtobe, página web), donde se puede evidenciar la cantidad de seguidores y la participación en ella, la encuesta de satisfacción al usuario, línea 311 y desde nuestras oficinas<br><br>Evidencia, redes y matriz de encuesta. | . |

## CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.

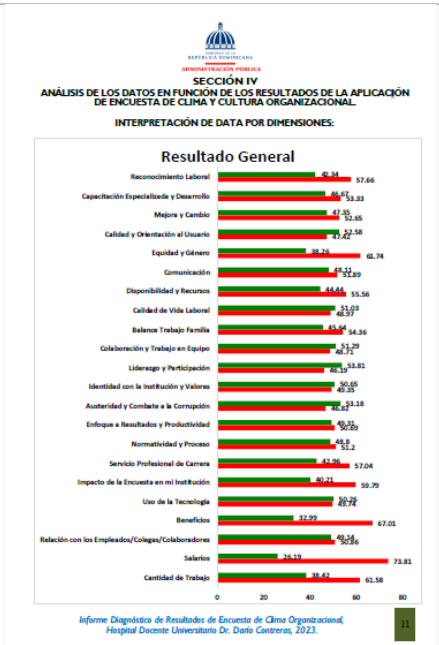
***Considere lo que la organización ha logrado para satisfacer las necesidades y expectativas de su gente a través de los siguientes resultados:***

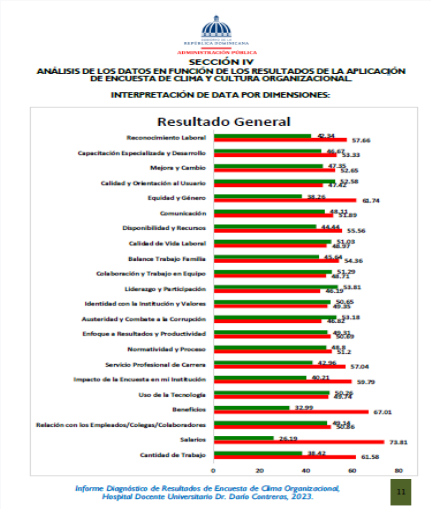
### SUBCRITERIO 7.1. Mediciones de la percepción.

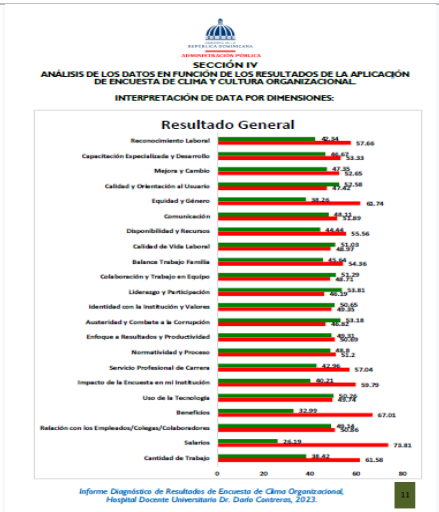
**1. Resultados en relación con la percepción global de las personas acerca de:**

| 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). | El nivel de satisfacción en consulta se puede evidenciar el rendimiento con un 85.1% de satisfacción, para el área de hospitalización con un 80.4%, emergencia con un 80.3%, imagen con un 88.3% y laboratorio con un 95.5% .<br><br>Evidencia, matriz de resultados. | |
| 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. | Contamos con la encuesta de satisfacción que nos permite medir el involucramiento de las tomas de decisiones, actualmente tenemos un 88.19% de satisfacción.<br><br>Evidencia, matriz de encuesta. | |
| 3. La participación de las personas en las actividades de mejora. | Atención al usuario realiza socialización con grupos focales (pacientes elegidos en consulta) para saber sus expectativas, quejas y/o sugerencia, donde se realiza un informe para realizar su plan de mejora si aplica y la aplicación de la encuesta de satisfacción de usuarios, en este 1er. Trimestre se realizó un encuentro donde se realizan entrevistas semiestructuradas al azar.<br><br>Evidencia, Lista de participante, matriz de encuesta. | |
| 4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad. | | No se evidencia |
| 5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal. | La gestión de Recursos Humanos junto al Ministerio de Administración Pública (MAP), realizan cada año la encuesta de clima laboral, para la última encuesta el centro obtuvo un 46% de satisfacción.<br><br>Evidencia, Informe de resultado. | . |

| | | |
|---|---|---|
| |  | |
| 6. La responsabilidad social de la organización. | Somos una institución enfocada en el bienestar social, ofrecemos en nuestra cartera de servicios consultas especializadas, en la encuesta de satisfacción se puede apreciar la satisfacción de nuestros usuarios con un 88.19%. En la satisfacción del clima organizacional obtuvimos un 46% de satisfacción.<br><br>Evidencia: cartera de servicio, informe de satisfacción del 4to. Trimestre 2024. Informe Clima organizacional. | |
| 7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación. | Nuestro centro siempre está en la disposición de nuevos cambios siempre cumpliendo con los lineamientos del SNS. En el informe de encuesta de clima organizacional podemos ver los resultados. | |

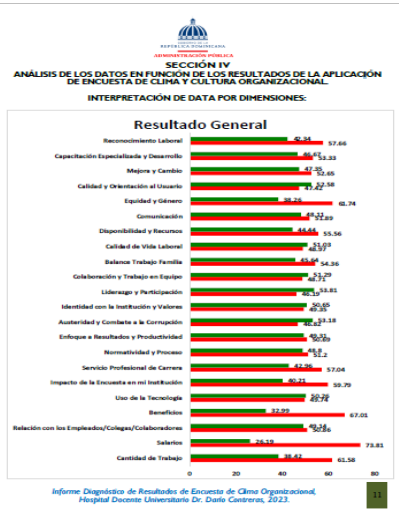
| | | |
|---|---|---|
| | Evidencias; correos y/o comunicaciones que llegan del SNS o cualquier institución por la que nos regimos.<br>  <br> | |
| 8. El impacto de la digitalización en la organización. | Impacto de la Encuesta en mi Institución es de un 40.21% y el de uso de la tecnología 50.26%. El sistema de facturación, y el control de tickers han agilizado el tiempo de espera en los servicios, cada oficina cuenta con equipos de computadoras con internet, extensión telefónica.<br><br>Evidencia; fotos de las pantallas, informe de encuesta de clima. | |

| | | |
|---|---|---|
| |  | |
| 9. La agilidad en los procesos internos de la organización. | Contamos con el manual de procedimiento de consulta externa, aplicamos la política y protocolo de atención documentos estandarizado por el SNS. También podemos medir la agilidad en un 48.8%.<br><br>Evidencia, manual. / Protocolos, informe del clima organizacional. | |

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

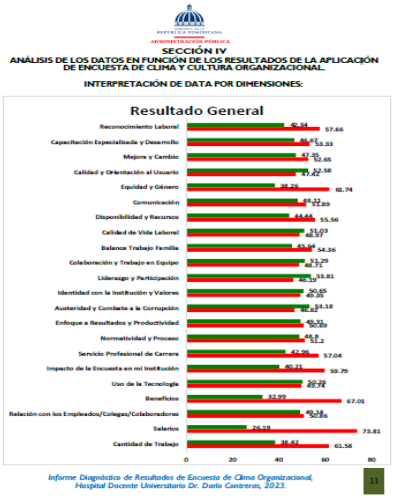
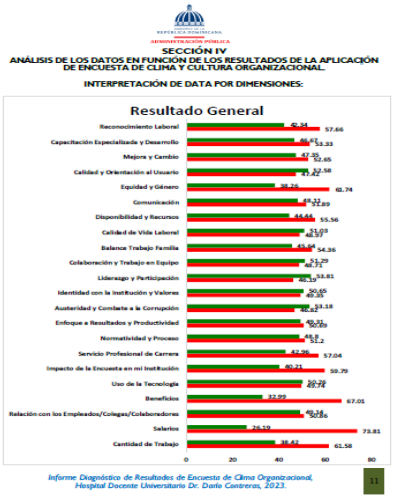
| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| 1. La capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la organización (por ejemplo: estableciendo objetivos, asignando recursos, evaluando el rendimiento global de la organización, la estrategia de gestión de RRHH, etc.) y de comunicar sobre ello. | Contamos con POA por Áreas para la realización de sus funciones contando con un 90% de cumplimiento y con 100% en cumplimiento de presupuesto.<br><br>Evidencia: Portal SISMAP, formulario 67A. | |
| 2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización. | Contamos con el manual de organización y función aprobado por el MAP. En la normativa contamos con un %. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Evidencia. Resolución, informe clima organizacional. | |
| 3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas. | Contamos con un manual de organización y función, Recursos Humanos realizamos evaluaciones de desempeño a todo el personal anualmente, con sus tareas establecidas obteniendo un 96% de apreciación.<br><br>Evidencia: Evaluaciones de Desempeño. | |
| 4. La gestión del conocimiento. | Cada área cuenta con una persona capacitada para dirigir y orientar a sus colaboradores, Somos un hospital de docente con 5 especialidades, Ortopedia, Maxilo Facial, Neurocirugía, Anestesiología y Emergenciología. Contamos con un plan de capacitación teniendo un 50% de cumplimiento.<br><br>Evidencia, listado de residentes 2023-2024, plan de capacitación, medición en el portal de SISMAP. | |
| 5. La comunicación interna y las medidas de información. | Se utilizan memorándum, circulares contamos con murales, grupos de WhatsApp. Contamos con un 51.29% en colaboración y trabajo en equipo.<br><br>Evidencia. Fotos. Informe encuesta clima organizacional. | |

| | | |
|---|---|---|
| |  | |
| 6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo. | | No se evidencia |
| 7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación. | . | No se evidencia |

**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. | Podemos evidenciar con un 51.29% en colaboración y trabajo en equipo, 53.81 en liderazgo y participación y un 51.03% en calidad de vida laboral<br><br>Evidencia, Informe clima organizacional. | |

| | | |
|---|---|---|
| |  | |
| 2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud). | Aunque contamos con un 46% de satisfacción con los colaboradores, nos mantenemos en comunicación por lo que en el balance trabajo familia obtenemos un 45.64%.<br>  <br>Evidencia;<br>Informe encuesta clima organizacional. | |

| | | |
|---|---|---|
| 3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización. | | No se evidencia |
| 4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo. | . | No se evidencia |

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

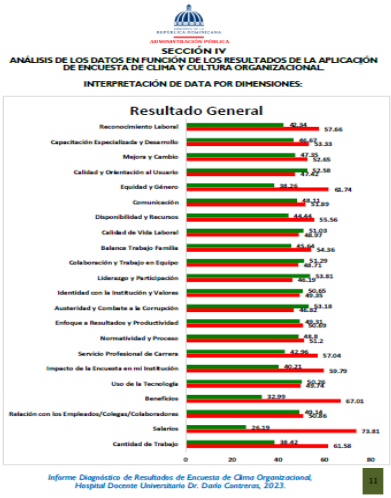
| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| **1.** Desarrollo sistemático de carrera y competencias. | Nos regimos por la ley 48-01 de administración pública, y por el Plan estratégico del Servicio Nacional donde ellos nombran al personal y contamos con un plan de capacitación que para la fecha contamos con un 50% de cumplimiento.<br><br>Evidencia; acción de personal con la asignación del SNS, portal del SISMAP.<br><br> <br>SISMAP Salud Ranking Administración Contacto<br>Modelo CAF Avance 638290006687700125-PLAN-DE-MEJORA-2024-HOSPITAL-DARIO-CONTRERAS--(1).pdf<br>PM CAF, Hospital Docente Universitario Dr. Dario Contreras, 2025.pdf<br>01.03 Plan de Capacitación Poco o Ningún Avance. Hospital Dr. Dario Contreras PAC 2024 (Aprobado el 13 de dic 2023).pdf 01/12/2025 50.00%<br>1er Trimestre Informe Dario Contreras.pdf<br>2do Trimestre Informe Dario Contreras.pdf<br>3er Trimestre Informe Dario Contreras.pdf<br>4to Trimestre Informe Dario Contreras.pdf<br>Hosp. Dario Contreras - Calidad y Productividad - 3er Sem..pdf<br>Hosp. Dario Contreras - Detección de Necesidades de Capacitación - 1er Sem..pdf<br>Hosp. Dario Contreras - Inteligencia Emocional - virtual - 1er Sem..pdf<br>Hosp. Dario Contreras - Liderazgo Transformador - 4to Sem..pdf<br>Hosp. Dario Contreras - Seguridad y Salud Ocupacional - 3er Sem..pdf<br>Hosp. Dario Contreras - Técnicas de Motivación del Empleado - 4to Sem..pdf<br>Hosp. Dr. Dario Contreras - certificación INAP.pdf<br>PAC 2025 Hospital Traumatológico Dr. Dario Contreras.pdf | |
| 2. Nivel de motivación y empoderamiento. | Recursos Humanos realiza cada dos años la encuesta de clima laboral en ella podemos ver el nivel de motivación y empoderamiento, el informe de la última encuesta obtuvimos un 46%.<br><br>Evidencia, informe de resultados. | |

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| 3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional. | Somos un hospital docente por lo que contamos con residentes en cinco especialidades, les damos oportunidad de que nuestros colaboradores puedan acceder a permisos especiales para estudios. En el cumplimiento del Plan operativo anual obtuvimos un 90%.<br>**02. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE LA INFORMACIÓN**<br>02.01 Porcentaje de cumplimiento del POA \| Objetivo Logrado. \| Informe T4-2024, Evaluación de indicadores de cierre..pdf \| 27/09/2025 \| 90.00%<br>Evidencia. Listado de residentes, portal del SISMAP. | |

**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.). | | No se evidencia |
| 2. Nivel de participación en actividades de mejora. | El nivel de involucramiento de nuestro personal para la mejora y cambio es de un 47.35%. Cada año recibimos la matriz con las actividades del POA que son realizadas y reportadas según la fecha solicitada y que contamos con un 87% de cumplimiento.<br><br>Evidencia, informe encuesta de clima organizacional<br>  <br><br>. | |
| 3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados. | En Recursos Humanos no cuentan con reportes de conflictos generados en el centro entre empleados, por lo que estamos en 0% de posibles conflictos.<br>Evidencia; los archivos del departamento. | |
| 4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social. | | No se evidencia |

| | | |
|---|---|---|
| 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). | Nuestra encuesta de satisfacción nos permite medir el porcentaje de los atributos comprometidos en los servicios de; consulta externa, hospitalización, imagen, laboratorio y emergencia. Donde para este 1er. Trimestre hemos obtenido en ;<br>Amabilidad 91.08%<br>Profesionalidad 90.11%<br>Facilidad y Rapidez 89.91%<br>Manejo de las Informaciones 90.11%<br>Acceso a los Servicios 89.04%<br>Tiempo para recibir Resultados 89.91%<br>Higiene y Comodidad 75.36%<br>Calidad del Servicio 90.01%<br>Evidencia, matriz reporte de indicadores CCC. | |

2. **Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.**

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| **Resultados de Indicadores relacionados con**:<br>~~1.~~ El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las | Se hace y aplica el formulario de desempeño al personal anualmente, para el 2024 se evaluó el 95.% de los colaboradores. | |

| | | |
|---|---|---|
| evaluaciones. | Evidencia. Matriz evaluación. | |
| **2.** El uso de herramientas digitales de información y comunicación. | Cada área de trabajo cuenta con equipos de tecnología como computadoras, impresora, línea telefónica, algunos según la naturaleza del cargo cuenta con flotas, laptops, podríamos decir que el 90% del personal cuenta con herramientas digitales.<br><br>Evidencia; fotos. | . |
| 3. El desarrollo de las capacidades de habilidades y capacitación. (por ejemplo: tasas de participación y de éxito de las actividades formativas, eficacia de la utilización del presupuesto para actividades formativas). | Durante el plan de capacitación del 2024 y 2025 hasta la fecha no se ha logrado la coordinación con las instituciones correspondientes para el logro de las capacitaciones programadas.<br><br>Evidencia, plan de capacitación, informe del plan. | |
| 4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos. | | No se evidencia |

## 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. | El Hospital Darío Contreras ha sido por años el hospital por preferencia para los usuarios ya que "aquí se hace gente", vienen de todas partes del país, aquí pueden encontrar servicios en 5 especialidades, Para este 1er. Trimestre obtuvimos 99.8% los usuarios entrevistados recomendarían a este establecimiento. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Evidencia, matriz encuesta, matriz de referencia y contra referencia. | |
| 2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global. | Somos un hospital de referencia nacional, contamos con la cobertura de todas las ARS, contamos con un 99% en recomendación entre nuestros usuarios, contamos con un aproximado de 1,300 empleados entre médicos, enfermeras, personal administrativo.<br><br>Evidencia, matriz de encuesta, lista de empleados. | |
| 3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país. | El impacto en lo económico es significativo ya que nuestro hospital no cobra diferencias, aunque aceptamos seguros médicos ningún paciente es rechazado por falta de la misma, realizamos pruebas de laboratorios y servicios de imagen.<br><br>Evidencia, cartelera de servicio, reportes de facturación. | |
| 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.). | Trabajamos bajo el Art. 61 de la Constitución de la Republica Dominicana, Ley General de Salud 42-01, Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social; Art. 163, Ley que crea el Servicio Nacional Dominicano 123-15, Ley de Función Pública 41-08, Decreto del Reglamento General de los Centros Especializados; Art. 5, Art 6, Decreto sobre el Reglamento General de los Hospitales de la Republica Dominicana, Ley General de Libre Acceso a la Información Pública Ley 200-04 y el Decreto No. 130-05, cumplimos con el portal de trasparencia obteniendo en nuestro último reporte un 90.47% . | . |

| | | |
|---|---|---|
| 5. Percepción del impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional, nacional e internacional (por ejemplo: con la compra de productos de comercio justo, productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.). | Cumplimos con las normas de compras y contrataciones, para este 4to. Trimestre el centro obtuvo un 62.20% de cumplimiento en SISCOMPRA.<br><br>Evidencia, portal de SISCOMPRA | |
| 6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad. | Como centro de trauma contamos con el comité de emergencia y desastres que se mantiene activo,.<br><br>Evidencia, actas de reunión, lista de asistencia. | |
| 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.). | Nuestro centro participa en todas las actividades en la que es requerida, cada viernes nuestro centro ofrece junto a la Iglesia Paz y Bien, misas para nuestros los colaboradores y familiares.<br><br>Evidencia, publicaciones en las redes.. | |
| 8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios. | Para el 1er. Trimestre nuestro centro obtuvo 2 felicitaciones, tres (3) sugerencias.<br><br>Evidencia, informe CCC. | |

**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.). | Nuestros proveedores deben de cumplir con las leyes establecidas por el gobierno y de compras y contrataciones, cumplimos con las normas medioambientales, tenemos un comité de bioseguridad, contamos con una empresa que recoge los desechos biológicos, nuestro centro se encuentra ubicado en un terreno donde los límites con las demás propiedades no molesta, no hace daño y no se percibe ruidos, nuestra planta eléctrica está ubicada en una área adecuada y contamos con cisternas para el suministro de agua en todo el centro.<br><br>Evidencia, contratos, acta de comité y acta de reuniones, fotos de la planta. | |
| 2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad. | Nuestras autoridades mantienen relaciones con las autoridades, grupos y representantes de la comunidad.<br><br>Evidencia, Publicaciones en las redes. | |
| 3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.). | Para nuestro centro el nivel de importancia de la cobertura es alto, somos un hospital que ha tenido por años una cobertura para todos los usuarios de diferentes partes del país, nuestro medio para constatar es en nuestras redes sociales que maneja el departamento de relaciones públicas así como en programas televisivos y radiales.<br><br>Evidencia; formulario 67A con los datos estadísticos de los servicios donde se puede evidenciar la cobertura positiva, matriz de encuesta de satisfacción | |

| | | |
|---|---|---|
| 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.). | Nos regimos por la Ley 48-01 del Ministerio de Administración Publica, no discriminamos por razones de etnia, religión, condición social etc.; contamos con la colaboración de personas no vidente y con discapacidad tanto en el personal administrativo como médico.<br><br>Evidencia, lista de personal. | |
| 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). | Somos un centro hospitalario docente por lo que en el programa de residencias se realiza intercambio de conocimiento en el proceso de rotación por otros hospitales y viceversa, participan en congresos dirigidos y con temas de actualidad. La gerencia de enfermería realiza La semana de enfermería (en el mes de mayo), donde realizan conferencias, talleres y charlas de interés.<br><br>Evidencia, entrega de guardia, lista de participantes. | |
| 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). | El departamento de Epidemiologia realiza charlas como el lavado correcto de manos, desinfección de áreas, cuenta bajo su supervisión con el programa de vacuna a niños desde los 2 hasta los 14 años así como de adultos, también con el programa de tuberculosis y consejería de VIH.<br><br>Evidencia, lista de participación. | No se evidencia. |
| 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. | Existe el Comité de Bioseguridad, parte de nuestro plan de mejora es implementar la Guía de Limpieza y Desinfección del MISPAS, se clasifica la basura con el color de la funda (rojas y negras) y son separados según protocolo para el manejo de desechos. No contamos con reciclado de desechos.<br><br>Evidencia, acta de conformación de comité, informe de capacitación, fotos, Guía. | |

## 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. | Somos parte del cumplimiento a a plataforma del SISMAP-SALUD con un 67% de cumplimiento, encuestas de satisfacción por atributos de los cuatros servicios comprometidos.<br>Amabilidad 91.08%<br>Profesionalidad 90.11%<br>Facilidad y Rapidez 89.91%<br>Manejo de las Informaciones 90.11%<br>Acceso a los Servicios 89.04%<br>Tiempo para recibir Resultados 89.91%<br>Higiene y Comodidad 75.36%<br>Calidad del Servicio 90.01%<br>donde se puede evidenciar los resultados de los productos, implementamos las encuestas de satisfacción al usuario. Contamos con el formulario 67-A para la cantidad de servicios y productos y con los indicadores de calidad en los resultados de las | . |

| | | |
|---|---|---|
| | encuestas, -.<br><br>Evidencia, matriz. | |
| 2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos). | Para este 4to. trimestre el impacto en la sociedad en los servicios y productos ofrecidos se pueden medir por la plataforma de SISMAP-SALUD donde en:<br>Producción de Servicios de Salud: Consultas en 96%<br>Producción de Servicios de Salud: Hospitalizaciones en 48%, Producción de Servicios de Salud: Servicios Diagnósticos (Laboratorio) 40%, producción de Servicios de Salud: Servicios Diagnósticos (Imágenes) en 10%, Producción de Servicios de Salud: Razón Emergencias Médicas vs Consultas Ambulatorias en 19% todos estos porcentajes son comparados por la matriz del año pasado.<br><br>Evidencia; portal de SISMAP-SALUD. | |
| 3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados. | Contamos con SISMPA-SALUD donde el indicador de gestión clínica mide haciendo comparación con el año anterior en sus resultados, Producción de Servicios de Salud: Consultas en 100%<br>Producción de Servicios de Salud: Hospitalizaciones en 81%, Producción de Servicios de Salud: Servicios Diagnósticos (Laboratorio) 39%, producción de Servicios de Salud: Servicios Diagnósticos (Imágenes) en 36%, Producción de Servicios de Salud: Razón Emergencias Médicas vs Consultas Ambulatorias en 38% todos estos porcentajes son comparados por la matriz del año pasado<br><br>Evidencia; portal de sismap-salud. | . |
| 4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización. | Contamos con una matriz estandarizada del SNS. En el SISCOMPRA contamos con un índice de 62.20% de cumplimiento para el 4to. Trimestre 2024. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Evidencia, SISMAP y SISCOMPRA. | |
| 5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño. | Para el 1er. Trimestre las glosas están en un 100% en las inspecciones externas con las ARS. Con el sistema de facturación se puede reflejar el aumento en los servicios con las ARS.<br><br>Evidencia, informe de facturación mensual, SISMAP. | |
| 6. Resultados de la innovación en servicios/productos. | Con la implementación de ticket digital hemos comprobado que el sistema de espera para facturar es más eficiente para la organización de los usuarios, se ha dividido el área de facturación de consulta, laboratorio e imagen para mejor flujo.<br><br>Evidencia sistema. | |
| 7. Resultados de la implementación de reformas del sector público. | Aprobación del Manual de Organización y Funciones, aprobación por ONAPI del cambio de nombre de centro, beneficios a los pacientes asegurados gracias a la Ley 87-01. Evidencia, Manual, certificación de ONAPI. | |
| 8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización. | | No se evidencia |

**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. | Contamos con la evaluación de desempeño para la gestión de recursos humanos y gestión de conocimiento.<br><br>Evidencia, formulario. | |
| 2. Resultados de mejoras e innovaciones de | Mejoras en el Porcentaje de objeción glosas médicas | . |

| | | |
|---|---|---|
| procesos. | y administrativas con la AAUDITORIA Medica,<br><br>Evidencia, SISMAP. | |
| 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). | Tenemos contratos con AIDSA recogida de desechos contaminantes, las ARS. Hasta la fecha los contratos han sido cumplidos en un 100%.<br><br>Evidencia. Contratos. | |
| 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.) | La implementación del tickets electrónico a permitido que el proceso de rotación y turno sea más eficiente ya que desde que se le entrega el tickets según servicio cada usuario sabe a qué área del centro debe de ir para recibir la atención, el proceso de facturación con las ARS es a través de las plataformas que utilizan, la instalación de SENASA en el centro permite que el paciente no tenga que salir fuera para autorizar procesos de cirugías, acuerdo con la compañía Toner Depot para el alquiler de impresoras multifuncionales, la adquisición del sistema de imagen.<br><br>Evidencia, fotos. | . |
| 6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas. | En los procesos de auditorías del monitoreo al cumplimiento de las normas de expedientes clínicos para el 1e. Trimestre 2025 es de un 99% de cumplimiento, para el monitoreo de la lista de cirugía segura es de un 99% de cumplimiento.<br><br>Evidencia; matriz de los monitoreos y plataforma de SISMAP-SALUD. | |

| | | |
|---|---|---|
| 7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros. | Obtuvimos el certificado por la participación y conformación del comité de calidad, que equivale a un 100% de cumplimiento.<br><br>Evidencia, certificad. | |
| 8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros. | Hasta la fecha hemos obtenido un 100% de cumplimiento.<br><br>Evidencia; Matriz de resultado del POA, plataforma del SISMAP-SALUD. | |
| 9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores. | | No se ha evidencia. |

**<u>NOTA</u>: 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 autoevaluaciòn, siempre que puedan sustentar sus puntos fuertes con las evidencias correspondientes.**