

FECHA: 25/6/2025**DATOS GENERALES****Lugar:** DCSNS ☐ SRS ☐ Hospital ☒ CPN ☐***Nombre del lugar:** Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia**Área:** Planificación y Calidad**Nombre de la Actividad:** Informe de seguimiento a plan de mejora CAF 2025**Código POA (Si aplica):** 3.7.1.1.05**INTRODUCCIÓN**

El monitoreo es imprescindible para que la institución pueda validar que se relacione de mejoras estén ejecutando es por eso que periódicamente se deben realizar para garantizar cumplimiento de la misma y así mantener los estándares de calidad necesarios en este sentido para fines de cumplimiento de lineamientos establecidos por el ministerio de administración pública y desde el servicio nacional de salud periódicamente se realiza seguimiento al cumplimiento del plan de mejora de autodiagnóstico utilizando los instrumentos para los fines.

OBJETIVO DEL INFORME

El propósito de este informe es valorar el avance de cumplimiento del primer seguimiento al plan de mejora Autodianostrico CAF implementado en enero 2025.

METODOLOGIA

Luego de realizado el autodiagnóstico CAF, se procedió a elaborar el plan de mejora concerniente a las áreas identificadas para mejora dando continuidad a las acciones antes implementadas, luego de este proceso se procedió a elaborar el plan de mejora correspondiente. El plan entro en vigencia en enero 2025 iniciando de inmediato el desarrollo de las actividades contenidas en él. Luego procedimos a completar la plantilla de seguimiento del plan para puntuar nivel de avance.

DESARROLLO / HALLAZGOS

Para la elaboración de este plan, se realizó un levantamiento tomando en cuenta los resultados de la autoevaluación CAF.

El plan contempla acciones de mejora los criterios 6,7,8 y 9 del autodiagnóstico, criterios enmarcados en medición de percepción, de rendimiento y resultado interno. En este sentido y en cumplimiento con los establecido con el plan de mejora se elaboraron herramientas para mediciones de indicadores establecidos en el modelo aplicado.

RESULTADOS / CONCLUSIONES

En conclusión, de manera general, el cumplimiento de la atención según llenado de formularios establecido.

RECOMENDACIONES

Continuar con el cumplimiento de las actividades de acuerdo a la programación de cada plan.

ANEXOS (Si aplica)

Plan de mejora.

PLAN DE MEJORA CAF (ENERO-DICIEMBRE 2023)												
PLAN DE MEJORA INSTITUCIONAL												
HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA												
No.	Criterio No.	Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo	Tareas	Tiempo		Recursos necesarios	Indicador	Responsable de seguimiento	Comentarios
							Inicio	Fin				
1	6	6.1.3	Participación de los pacientes.	Implementar medición de participación de los pacientes en los procesos de trabajo.	Mejorar la calidad de atención en las usuarias	Desarrollar herramienta de medición	ene-25	dic-25	Humano	Numero de participación	Planificación y Desarrollo	
2	8	8.2.4	Acceso y flujo de información	Implementar medición del nivel participación de las usuarias a través de los medios digitales.	Mejorar el nivel de aceptación en las usuarias	Desarrollar herramienta de medición	ene-25	dic-25	Humano	Numero de participación	Planificación y Desarrollo	
3	7	7.1	Capacitación de los colaboradores	Desarrollar programa de capacitación continua.	Aumentar las competencias del personal	Disñar cursos y programar sesiones.	ene-25	dic-25	Humano	Numero de cursos completados.	Planificación y Desarrollo	
4	7	7.2.1	Dilemas éticos	Desarrollar medición del número de dilemas éticos reportados	Resolver todo los conflictos reportados	Disñar plantilla de medición	ene-25	dic-25	Humano	Numero de dilemas éticos	Planificación y Desarrollo	
5	7	7.2.2	Reconocimiento individual y de equipos.	Desarrollar medición del número de reconocimiento.	Aumentar a los empleados y poner en evidencia su buen desempeño.	Disñar Herramienta de medición	ene-25	dic-25	Humano	Numero de reconocimientos	Planificación y Desarrollo	
6	8	8.2.8	Responsabilidad social.	Desarrollar programa de actividades continua.	Asumir conciencia sobre la responsabilidad en el impacto que generan.	Disñar plantilla de medición	ene-25	dic-25	Humano	Numero de actividades.	Administración	
7	8	8.2.11	Política de reciclaje.	Implementar una política de residuos y de reciclado	Establecer prácticas y medidas específicas para reducir la cantidad de residuos generados	Realizar las actividades de residuos y reciclado	ene-25	dic-25	Humano	Política de reciclaje.	Planificación y Desarrollo	

8	9	9.2.3	Benchmarking.	Desarrollar programa de actividades continua.	Fortalecimiento interno en la institución como en colaboración con otras instituciones	Disñar actividades y programar sesiones.	ene-25	dic-25	Humano	Numero de actividades de Benchmarking.	Planificación y Desarrollo	
9	9	9.2.9	Costo-efectividad.	Implementar medición de costo y efectividad.	Medir la relación que existe entre los costos-electricidad, incluyendo la evaluación a proveedores.	Disñar plantilla de medición	ene-25	dic-25	Humano	Resultado costo efectividad	Administración	

Matriz de Seguimiento.
SEGUIMIENTO AVANCES DEL PLAN DE MEJORA INSTITUCIONAL

 Responsable Plan: Zunilda Batista Fecha: 1/1/2025

Primer seguimiento: Junio 2025 Segundo seguimiento: Dic 2025

TAREAS	RESPONSABLE	ESTADO DE REALIZACIÓN (Fecha)					COMENTARIOS
		0%	25%	50%	75%	100%	
Desarrollar herramienta de medicion	Planificación y Desarrollo					100%	
Desarrollar Herramienta de medicion	Planificación y Desarrollo					100%	En proceso
Diseñar curso programar seseiones	Planificación y Desarrollo					100%	
Diseñar plantilla de medicion	Planificación y Desarrollo				75%		
Diseñar herramienta de medicion	Planificación y Desarrollo					100%	
Diseñar plantilla de medicion	Administracion				75%		
Realizar las actividades de residuos y reciclado	Planificación y Desarrollo					100%	
Fortalecimiento interno en la intitucion como en colaboración con otras instituciones.	Planificación y Desarrollo			50%			
Medir la relación que existe entre los costo-efectividad, incluyendo la evaluación a suplidores.	Planificación y Desarrollo	0%					

Evidencia Subcriterio No. 6.1.3



Santo Domingo. 26/05/2025

Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia

Departamento de Administración, Recursos Humanos, Calidad de los servicios y Mayordomía

Presente:

Asunto: Solicitud de implementación de plan operativo de limpieza en baños de Consulta Externa

Reciban un cordial saludo:

Por medio de la presente, me dirijo a ustedes en mi calidad de Encargado de Atención al Usuario, con el fin de plantear la necesidad de establecer un plan operativo de limpieza y mantenimiento regular en los baños ubicados en el área de Consulta Externa de nuestro centro.

Esta solicitud surge a raíz de los reportes y observaciones recurrentes de los usuarios, quienes han manifestado su preocupación por el estado de limpieza de dichas instalaciones. Como es sabido, la higiene en las áreas comunes, especialmente en los servicios sanitarios, es fundamental para garantizar un entorno digno, seguro y saludable, tanto para los pacientes como para el personal médico y administrativo.

En ese sentido, proponemos que el plan operativo incluya, entre otros puntos:

Limpieza profunda periódica (mínimo dos veces al día).

Supervisión constante del personal asignado, mediante un registro visible de limpieza por horarios.

Abastecimiento continuo de insumos básicos (papel higiénico, jabón líquido, desinfectante, toallas de papel, etc.).

Reparación oportuna de filtraciones, grifos o sanitarios averiados.

Señalización clara del uso correcto de los baños.

Agradecemos de antemano su atención y disposición para tomar las medidas necesarias que permitan mejorar este aspecto clave de nuestros servicios.

Quedo a su disposición para colaborar en lo que sea necesario y coordinar las acciones correspondientes junto al equipo de mayordomía.

Sin otro particular, y esperando contar con su valioso apoyo, les saluda atentamente.

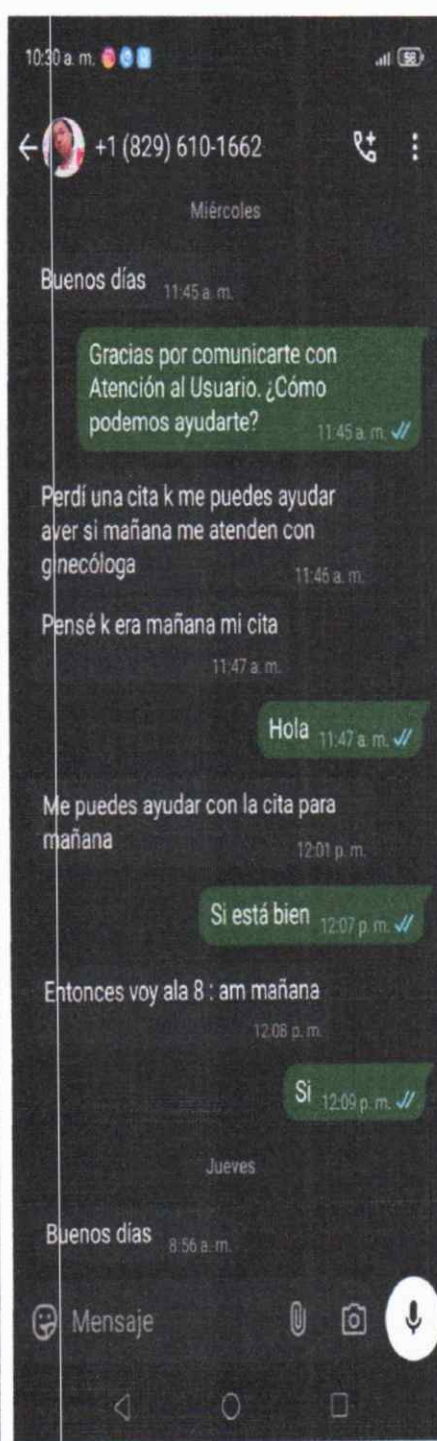
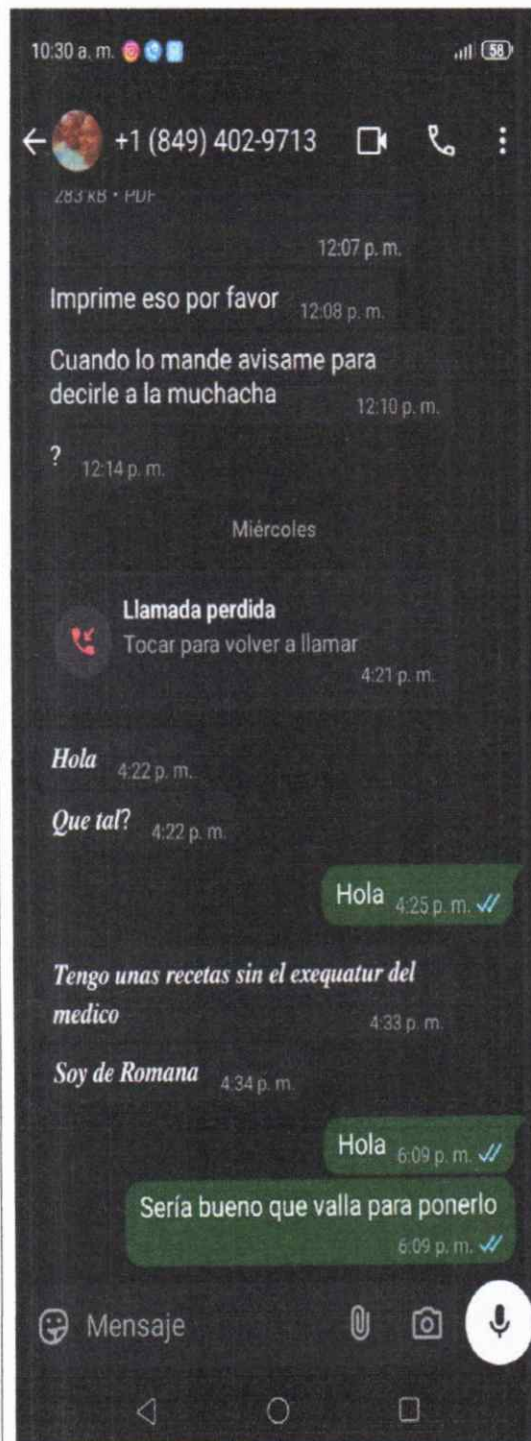
Atentamente:

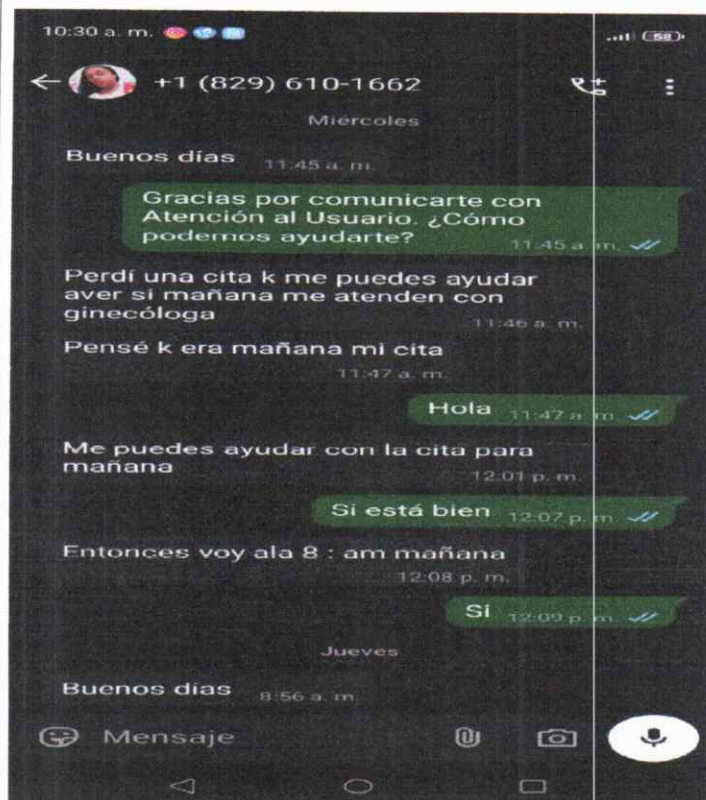
Jorge Beriguete

Encargado de Atención al Usuario



Evidencia Subcriterio No. 6.2.4





Evidencia Subcriterio No. 7.1

Curso: Redacción y Presentación de Informes Técnicos realizado los días 7 y 9 del mes de abril del año en curso por INFOTEP.

[illegible]

[illegible]

Curso: Redacción y Presentación de Informes Técnicos realizado 7 y 9 de abril del año 2025.



Curso: Manejo de las relaciones interpersonales realizado los días 4 y 11 del mes de abril del año en curso por INFOTEP.

INFOTEP REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

Código de la Acción de Capacitación: 2023020472
Nombre de la Acción de Capacitación: MANEJO DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES
Institución / Empresa: SERVICIOS NACIONALES DE SALUD
Facilitador(a): NAYALTAGRACIA CHANHASRUM

Fecha de Inicio: 04/04/2023
Fecha de Término: 11/04/2023
Total Horas Programadas: 16
A Pagar: _____

No.	Número de Control o Participante	Participante	Inició				Terminó				Fecha				Resultado
			F	M	OP	BMG	F	M	OP	BMG	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	
1	201100000001	GLORIA LINDA ALVAREZ PUEBLA	X	X											
2	201100000002	AGUSTINA ALON FALCÓN	X	X											
3	201100000003	ALBERTO ANAS LITON	X	X											
4	201100000004	KORISS AYALA	X	X											
5	201100000005	LUZ BEGONIA BATISTA PEREZ	X	X											
6	201100000006	MAYRA GARCIA RODRIGUEZ	X	X											
7	201100000007	ANGELA ROSAL GARCIA DIAZ	X	X											
8	201100000008	JOSE DE JESUS DIAZ AGUIAR	X	X											
9	201100000009	CARLOS MARIA DIAZ RODRIGUEZ	X	X											
10	201100000010	MICHELLE DURAN AL MONTE	X	X											
11	201100000011	MARCELO LUCIANO LUCIANO	X	X											
12	201100000012	PATRICIA YESELY FARIAS REYES	X	X											
13	201100000013	DAVID J. JESUS FERNANDEZ PERA	X	X											
14	201100000014	EVELYN FERRERA PEREZ	X	X											
15	201100000015	ROMANUS MARIA LUCIANO PERA	X	X											
16	201100000016	STEPHANIE MARIA RODRIGUEZ	X	X											
17	201100000017	MARIA DEL CARMEN MARTINEZ AGUIAR	X	X											
18	201100000018	GUILLERMO MAYA ESTEVEZ	X	X											
19	201100000019	YOHANNY YANIS MATEO LARA	X	X											
20	201100000020	BRITANY ARRELLA MELA MAYOR	X	X											
21	201100000021	STEPHANIE VARELA	X	X											
22	201100000022	JESUSA PATRICIA GUSMAN	X	X											
23	201100000023	MARCELO PEREZ PEREZ	X	X											
24	201100000024	GRISOL MILADIS GUERRAS DE LOS SANTOS	X	X											
25	201100000025	INEROSKA EVELYN SANCHEZ SANCHEZ	X	X											
26	201100000026	ROSANNA MARIA SANCHEZ LIBERA	X	X											
27	201100000027	LARA YANIS LUCIANO MELA MAYOR	X	X											
28	201100000028	ADRIANA VALDEZ MONTERO	X	X											
			Total				28	28							

Observaciones:

Elaborado por: NAYALTAGRACIA CHANHASRUM
Revisado por: _____
Aprobado por: _____

Fecha: 20/2/2023

Activar Windows
Ver la Configuración

Evidencia Subcriterio No. 7.2.2

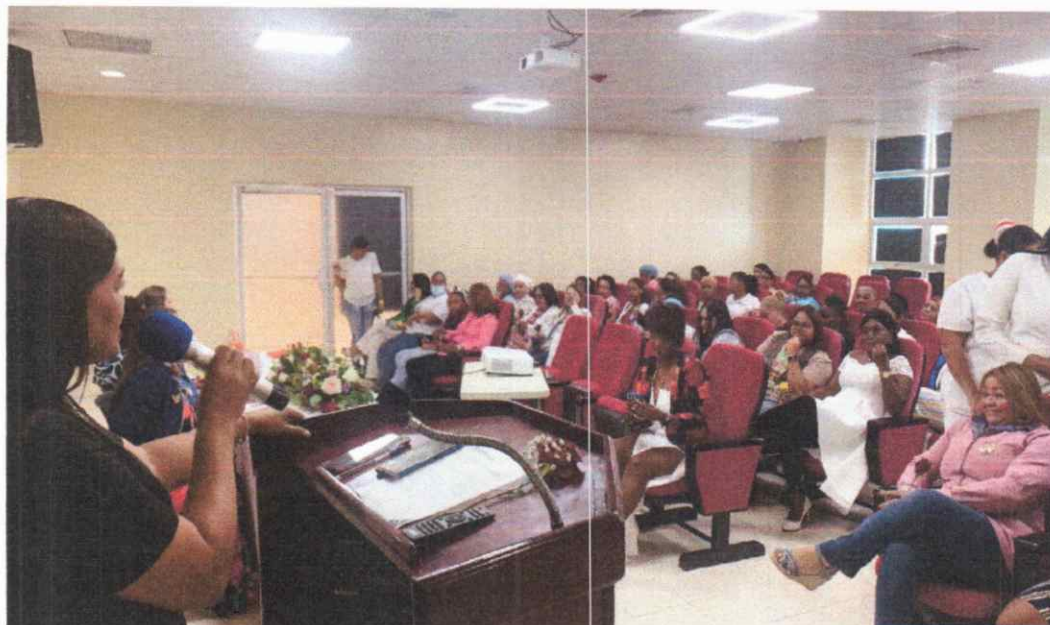


Listados de Certificaciones del día Internacional de la Mujer

No.	Nombre	Fecha de ingreso	Año en servicio	Área
1	Rosanda María Sánchez Ublera	17/9/1992	31	Médico Perinatología
2	Mileydy Trinidad Espiritu	19/8/1991	32	Auxiliar de Atención al Usuario
3	Danay Urbaz Matos	13/8/1980	43	Archivo
4	María Dolores Valdez Delgado	17/9/1974	51	Auxiliar de Enfermera
5	Evelyn Carolina Arias Muñoz	4/9/1987	36	Bioanalista
6	Altagracia Valentina García Fuigencio	18/10/2000	24	Administración
7	Miltha Arias Reyes	30/12/2003	21	Farmacia
8	Maritza Caspedes Salvador	30/8/1994	30	Encargada de Farmacia
9	Angela María de la Rosa Ogando	17/1/1982	32	Auxiliar de Atención al Usuario
10	Yoliza Mercedes González Gómez	22/3/1997	27	Cocina







Evidencia Subcriterio No. 8.2.11

SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario de Informe
DPD-FO-013
Fecha de Aprobación: 20/2/2023

1. Alcance
Este protocolo aplica a todos los áreas del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, incluyendo:

- Consultorios médicos, quirófanos, área de hospitalización, urgencias, laboratorio, farmacia y otros servicios relacionados.
- Áreas administrativas: salas de espera y áreas comunes.
- Personal del hospital: personal médico, personal de enfermería y personal administrativo.
- Procedimientos y procesos.

2. Definiciones

2.1. Residuos

- Residuos Comunes o No Peligrosos:** Residuos generados por la actividad hospitalaria que son peligrosos porque representan riesgo para la salud o el medio ambiente, como papel, cartón, plástico y restos de alimentos.
- Residuos Peligrosos:** Residuos que pueden presentar riesgo para la salud humana o el medio ambiente debido a sus propiedades tóxicas, inflamables o corrosivas, tales como: aceites, solventes, medicamentos o químicos.
- Residuos Anatómicos:** Residuos que pueden ser utilizados o procesados para obtener nuevos productos, como placentas, vasos, vísceras, piel y órganos.
- Residuos Químicos:** Residuos de medicamentos y productos biológicos que pueden ser utilizados o tratados adecuadamente.
- Residuos Farmacéuticos:** Desechos generados de pastillas, la piel, como agujas, jeringas y catéteres, entre otros.

Este protocolo es parte del Sistema de Gestión de Calidad del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, con el fin de garantizar la calidad de los servicios y la seguridad de los pacientes.

SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario de Informe
DPD-FO-013
Fecha de Aprobación: 20/2/2023

H MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS Y LÍQUIDOS EN EL HOSPITAL

5. Prevenciones:

5.1. Segregación de Residuos:

Clasificación de Residuos:

- Residuos Peligrosos: En contenedores rojos, etiquetados con el símbolo de peligro biológico o químico.
- Residuos Inocuos: En contenedores azules.
- Residuos Orgánicos: En contenedores verdes.
- Residuos No Peligrosos: En contenedores grises o negros.

Ubicación de Contenedores:

- Los contenedores están ubicados estratégicamente dentro del hospital, son señalizados y bien.

5.2. Manejo y Almacenaje de Residuos:

- Residuos Peligrosos: Almacenados en áreas segregadas y en contenedores especiales.
- Residuos Inocuos: Separados por tipo y almacenados en contenedores especiales.
- Residuos Orgánicos: Tratados mediante compostaje o almacenamiento adecuado.

5.3. Transporte Interno de Residuos:

- Transporte seguro en contenedores cerrados.
- Rutas específicas para evitar áreas públicas.

5.4. Disposición Final:

- Residuos Peligrosos: Tratados por empresas autorizadas.
- Residuos Inocuos: Compostados por empresas autorizadas.
- Residuos Orgánicos: Compostados en composteo a su propio.

5.5. Capacitación y Sensibilización:

- Formación continua al personal.
- Campañas informativas para pacientes y visitantes.

Aut. Pedro Rodríguez Contreras, M.D. Director del Área M.D.
Jefe del Área de Gestión de Residuos Sólidos y Líquidos en el Hospital
DPD-FO-013
www.servicio.gub.ve

SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario de Informe
DPD-FO-013
Fecha de Aprobación: 20/2/2023

H MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS Y LÍQUIDOS EN EL HOSPITAL

5.6. Monitoreo y Control:

- Auditorías periódicas.
- Indicadores clave de desempeño (KPI).

6. Cumplimiento Legal:

El Hospital Manabita cumple con la legislación nacional y cumple con todas las leyes y normativas relacionadas con la gestión de residuos.

7. Responsabilidades:

La gestión está supervisada por el Comité de Gestión Ambiental, liderado por el responsable de Salud Ambiental y el equipo de limpieza.

8. Revisiones y Mejora Continua:

Esta política será revisada anualmente o cuando se produzcan cambios en las normativas o procedimientos aplicables, buscando siempre optimizar la gestión de residuos y reducir el impacto ambiental.

Aut. Pedro Rodríguez Contreras, M.D. Director del Área M.D.
Jefe del Área de Gestión de Residuos Sólidos y Líquidos en el Hospital
DPD-FO-013
www.servicio.gub.ve

Zulmira Batista Edris

Elaborado

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS Y LÍQUIDOS EN EL HOSPITAL
SUBDIRECCIÓN
PLANIFICACIÓN
Y CALIDAD