

SERVICIO REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO
Dirección o Departamento: Hospital General Dr. Vinicio Calventi, Departamento de Calidad institucional y Calidad en la Gestión.

Fecha	15/5/2024
--------------	-----------

TEMA OBJETIVO DEL INFORME
Seguimiento a la implementación del plan de mejora CAF 2023 (4.1.1.15.06)
DESARROLLO DEL INFORME
HALLAZGOS: El hospital Dr. Vinicio Calventi finaliza el seguimiento al plan de mejora CAF 2023.

En todo el año 2023, monitoreamos y supervisamos el seguimiento a todas las actividades plasmadas en el plan de mejora CAF 2023, dando fiel cumplimiento a las metas, fechas y calidad de la realización de las actividades establecidas, que fueron en total de 12 actividades. De estas 12 actividades concluimos en el 100% 10 actividades y 1 actividad con 75% donde realizamos todos los pasos que debe dar un centro de salud y solo estamos en espera de la emisión del certificado de habilitación o un informe de retroalimentación, ya que fuimos supervisados por ellos y 1 actividad con un 75% donde realizamos el levantamiento de las medidas de bioseguridad, el manual de desechos comunes y contaminados, pero aún nos falta el estudio financiero.

10 actividades 100%.

2 actividades 75%.

Cerramos el seguimiento a este plan de mejora, en vista de que procederemos a la realización del CAF 2024 con el nuevo plan de mejora 2024.

PRIMERA MEJORA

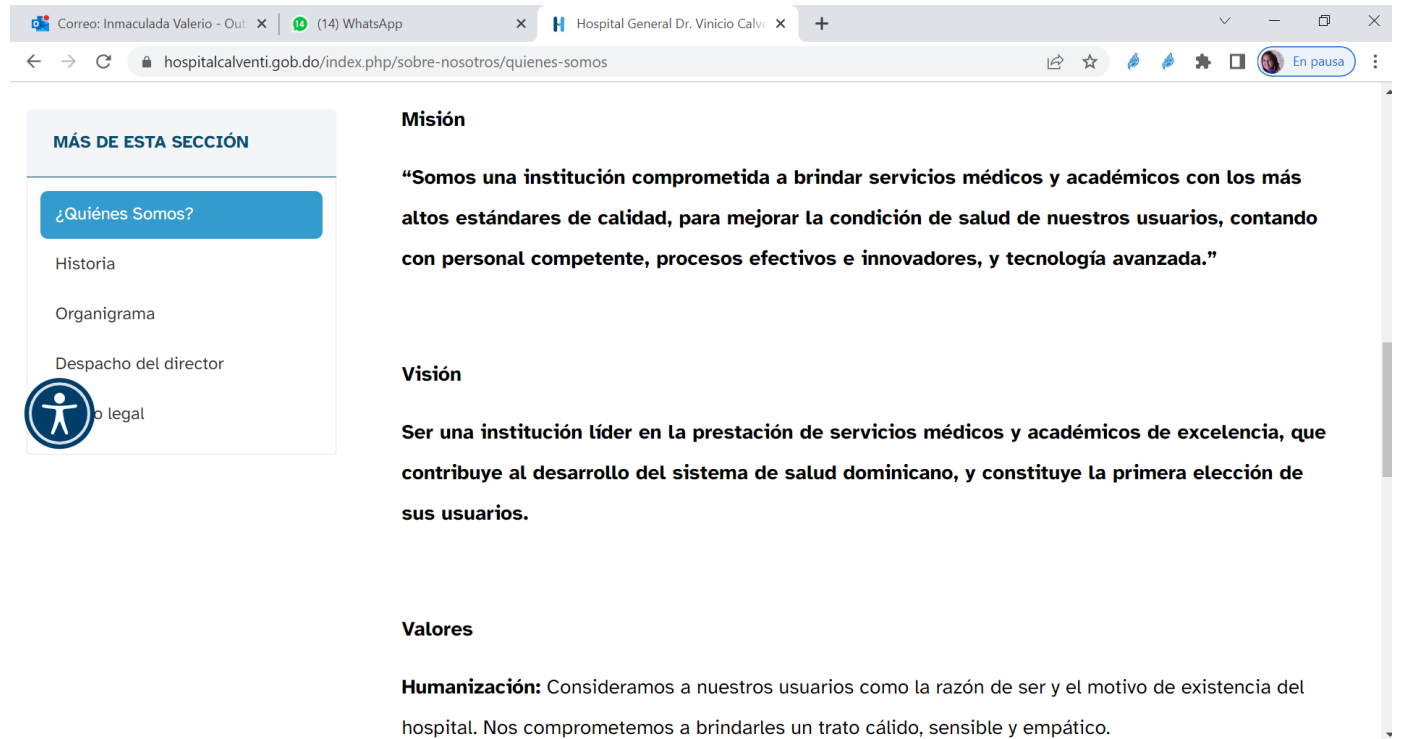
HOSPITAL DR. VINICIO CALVENTI		HOSPITAL DR. VINICIO CALVENTI PLAN DE MEJORA INSTITUCIONAL 2023-2024										
No.	Criterios No.	Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo	Tareas	Tiempo		Recursos necesarios	Indicador		
							Inicio	Fin				
1	1	1,1,1	Comprar los murales de Mision, Vision y Valores institucional	Colocar los murales de Mision, Vision y Valores con el nuevo formato del Manual de Identidad y Señalética de los Centros de la Red	Fortalecer la cultura de valores. Implementar mecanismos de Gestion del Cambio.	Compra de los murales de Mision, Vision y Valores Institucional y colocarlos en las diferentes areas del centro	ene-23	jul-23	Recursos tecnologicos, humano y financiero	Actividades realizadas		
TAREAS		RESPONSABLE	ESTADO DE REALIZACIÓN (Fecha)				RESULTADO FINAL (s/ objetivo previsto)	COMENTARIOS				
Compra de los murales de Mision, Vision y Valores Institucional y colocarlos en las diferentes areas del centro		Comité de calidad	0%	25%	50%	75%	100%	X	Murales de Mision, Vision y Valores colocados en diferentes areas del centro			

Formulario Informe

GC-FO-002 Versión: 01
Fecha de aprobación: 25/06/201

Publicamos nuestra Misión, Visión y Valores en el portal de transparencia y nuestra página WEB. Compramos los murales, estos están colocados en todas las áreas del hospital como son: emergencias, consulta, internamiento, laboratorio, imágenes, áreas administrativas, etc. Cumplimiento en 100%

Página WEB



The screenshot shows a web browser window with the URL hospitalcalventi.gob.do/index.php/sobre-nosotros/quienes-somos. The page content includes a sidebar with navigation links: '¿Quiénes Somos?', 'Historia', 'Organigrama', 'Despacho del director', and 'Legal'. The main content area is titled 'Misión' and contains the following text:

Misión

“Somos una institución comprometida a brindar servicios médicos y académicos con los más altos estándares de calidad, para mejorar la condición de salud de nuestros usuarios, contando con personal competente, procesos efectivos e innovadores, y tecnología avanzada.”

Visión

Ser una institución líder en la prestación de servicios médicos y académicos de excelencia, que contribuye al desarrollo del sistema de salud dominicano, y constituye la primera elección de sus usuarios.

Valores

Humanización: Consideramos a nuestros usuarios como la razón de ser y el motivo de existencia del hospital. Nos comprometemos a brindarles un trato cálido, sensible y empático.

Murales instalados





SEGUNDA MEJORA

Actualización de los Comités Hospitalarios. Realizada en el 100%.

2	1	1.1.7	Actualización Comités Hospitalarios	Acta Constitutiva	Mejorar la dimensión de la práctica clínica y la calidad de la asistencia sanitaria.	1-Asegurar el continuo monitoreo de los protocolos de salud 2.Dar seguimiento al cumplimiento de las reuniones	ene-23	abr-23	Recursos tecnológicos, humano y financiero	Actas constitutivas
---	---	-------	-------------------------------------	-------------------	--	---	--------	--------	--	---------------------

TAREAS	RESPONSABLE	ESTADO DE REALIZACIÓN (Fecha)					RESULTADO FINAL (s/ objetivo previsto)	COMENTARIOS
		0%	25%	50%	75%	100%		
1-Asegurar el continuo monitoreo de los protocolos de salud 2.Dar seguimiento al cumplimiento de las reuniones de los comités	Comité de calidad					X	Actas constitutivas de los comités hospitalarios actualizadas y funcionando	

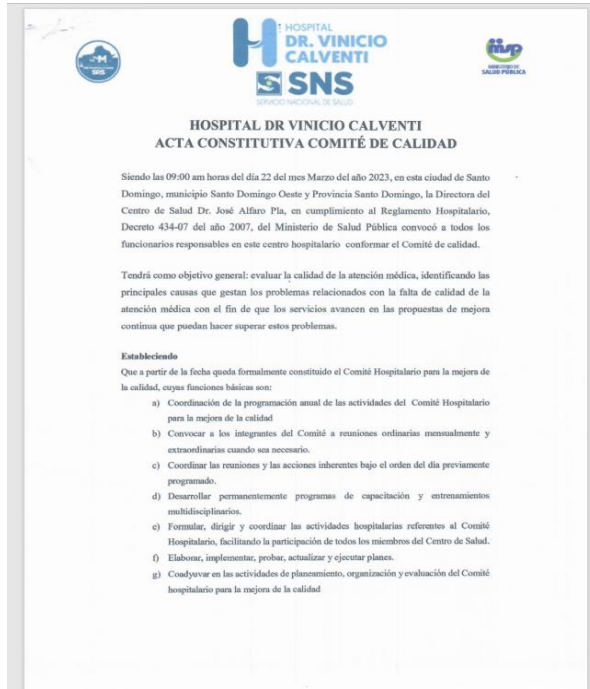
El 24 de marzo 2023, fueron actualizados todos los comités hospitalarios, donde el director Dr. José Alfaro juramento cada uno de los comités, en una reunión donde estuvieron presentes los diferentes grupos de interés.



Director Hospital Vinicio Calventi juramenta nuevos Comités Hospitalarios

VIERNES, 24 MARZO 2023

El director del hospital Vinicio Calventi, doctor José A. Alfaro, comprometido en...



Hospital Calventi juramenta Comité de Mejora Continua para la Calidad de Atención...

MARTES, 30 ENERO 2024

Con el objetivo de evaluar la calidad de la atención a los usuarios, el director del...

TERCERA MEJORA

Construir una gestión innovadora a través de benchmarking. Cumplimiento en 75%, ya que realizamos los encuentros con diferentes organizaciones, pero no realizamos el cronograma de intercambio de buenas prácticas.

3	2	2.4.2	Construir una Gestión Innovadora a través de Benchmarking	Cultura impulsada por la innovación y crean un espacio para el desarrollo entre organizaciones, a través	Fortalecer la cultura de valores. Implementar mecanismos de Gestión del Cambio.	Cumplimiento de las reuniones. Crear una plantilla con las diferentes organizaciones a realizar el intercambio de buenas practicas y su seguimiento	ene-23	may-24	Financiero Recursos tecnológicos, humano y financiero	Actividades realizadas
---	---	-------	--	--	---	---	--------	--------	--	------------------------

TAREAS	RESPONSABLE	ESTADO DE REALIZACIÓN (Fecha)					RESULTADO FINAL (si/ objetivo previsto)	COMENTARIOS
		0%	25%	50%	75%	100%		
Crear una plantilla con las diferentes organizaciones a realizar el intercambio de buenas practicas y su seguimiento	Planificación y Desarrollo				X		Benchmarking realizado con diferentes instituciones	Realizamos los benchmarking, pero no se realizo un cronograma.



Hospitales Ney Arias Lora y Vinicio Calventi realizan Benchmarking de Buenas...

JUEVES, 14 MARZO 2024
SANTO DOMINGO.- El Hospital Universitario Docente Traumatológico Dr....



Director del Hospital Vinicio Calventi recibe la visita del rector de la Universidad...

VIERNES, 20 OCTUBRE 2023
El Dr. José Alfaro, director del hospital Vinicio Calventi, de este municipio, recibi...



Director hospital Calventi recibe visita cortesía homólogo hospital Central...

VIERNES, 13 OCTUBRE 2023
Provincia Santo Domingo (Municipio Los Alcarrizos)....El director del hospital Vinici...

CUARTA MEJORA

Actualización FODA 100% cumplimiento.

Realizamos varios encuentros con los diferentes departamentos y los grupos de interés, a través del análisis de los temas tratados, fueron actualizados cada uno de los factores de nuestro FODA.

IV. Análisis FODA

1. Actualización de Fortalezas

Código	Fortalezas identificadas
F1	La institución dispone de capacidad para ofertar y prestar servicios 24/7 con atención profesional de enfermería y especialidades médicas de emergencia. Además, posee horario extendido de: Consultas, imagenología, cirugías electivas, laboratorio y banco de sangre.
F2	La institución posee servicios de farmacia interna, y dispensa servicios de medicamentos para atención a usuarios bajo sistema unidosis.
F3	La institución cuenta con comités especializados para la gestión diversas áreas y especialidades de servicios.
F4	La institución cuenta con estructura organizacional (personal) para la gestión, monitoreo, medición y evaluación de calidad de sus operaciones y servicios.
F5	La institución ha implementado programa de evaluación propuesto por organismo rector del sistema de salud.
F6	La institución cuenta con registros estadísticos de las actividades de producción y vigilancia epidemiológica, así como indicadores de salud e indicadores de eficiencia para el proceso clave.
F7	Capacidad Instalada y Resolutiva: La institución es el centro de salud más grande de su zona de operación (los Alcarrizos) y cuenta en dicha zona con el mayor número de servicios especializados. Esto permite que los usuarios encuentren, en la gran mayoría de los casos, los servicios solicitados en este centro, evitando así tener que desplazarse a otro centro de salud.
F8	La institución es el único centro de salud del municipio que cuenta con Banco de Sangre.
F9	La institución posee el laboratorio clínico del sector público con mayor capacidad resolutiva del municipio.
F10	La institución opera con la capacidad para prestar servicios a usuarios mediante la contratación con ARS privadas y pública.
F11	La asignación presupuestaria que otorga el poder ejecutivo (Ministerio de Salud Pública) para subvención a la demanda de servicios del hospital, cubre de forma general las necesidades básicas.
F12	La institución realiza un uso eficiente de los recursos instalados: Ej. Promedio de Estadía pacientes = 3 días
F13	La institución cuenta con servicios de apoyo para gestión financiera clave las 24 horas (ej: Facturación previa a la utilización de servicios ambulatorios, facilidades para los servicios de facturación y cobro a usuarios asegurados, facturación y cobro de 24 horas en emergencia, personal autorizado para realizar acuerdos de pago los días feriados y fines de semanas).
F14	La institución opera con una estructura orgánica y administrativa descentralizada.

2. Actualización de Oportunidades

Código	Oportunidades identificadas
01	Disponibilidad de acceder a apoyo técnico y capacitación a través de INFOTEP, organismos internacionales (OPS, BM, BID, FNUAP, USAID).
02	Disponibilidad de acceder a programas de educación continua para el personal institucional, a través del Instituto Nacional de Administración Pública (INAP)
03	Existen instituciones, empresas y personas expertas en capacitación de los diversos temas que pueden fortalecer el nivel de formación técnico del personal y la mejora de los procesos institucionales.
04	Posibilidad de obtener apoyo del Gobierno Central, de la comunidad y de los empresarios del área para el logro de los objetivos y metas de los planes formulados.
05	Existe buena relación (capital relacional) entre la Dirección General y las autoridades del sector salud y el Gobierno Central.
06	Posibilidad de incorporación junto a otras instituciones como parte de la red de atención.
07	Disponibilidad en el mercado de herramientas tecnológicas para mejorar la calidad de los servicios y procesos, así como para gestionar de forma más eficiente las informaciones.
08	Posibilidad de aprovechar convenios y robustecer relaciones con Aseguradoras Riegos de Salud (ARS).
09	Posibilidad de establecer y aprovechar convenios de cooperación con otros hospitales e instituciones nacionales y extranjeras para movilidad, intercambio, capacitación recursos humanos y captación de donaciones.
010	Acuerdos interinstitucionales con proveedores para la venta y compra de servicios, así como convenios con otros proveedores especializados del área de influencia.
011	Desarrollo e implementación de la Red Regional de Salud.
012	Creciente demanda de servicios de salud por parte de la población, en áreas de especialidad del hospital.
013	Creciente demanda de nuevos servicios como imagen por resonancia magnética, densitometría, cámara hiperbárica, láser CO ₂ , electroforesis hemoglobina y proteínas.
014	Posibilidad de realizar Benchmarking, establecer convenios e intercambios con diferentes instituciones públicas y privadas vinculadas con el tipo de servicio ofrecido por el hospital.
015	Fomento de diferentes estándares de gestión Ej.: Normas Básicas de Control Interno (NOBACI), CAF entre otros; que contribuyen al fortalecimiento de los procesos de las instituciones públicas.
016	Posibilidad de desarrollar acciones coordinadas con instituciones que tienen programa de prevención como: Violencia Intrafamiliar y abuso de sustancias prohibidas, en las actividades de promoción de la salud que realiza la institución, incluyendo, Ministerio de la Mujer, Hogar Crea Dominicana, Fiscalía, otras.
017	Disponibilidad de diversos mecanismos y medios que no representan grandes costos para gestionar imagen y

3. Actualización de Debilidades

Código	Debilidades identificadas
D1	Ausencia de muchas políticas y procedimientos documentados internos para reglamentar y describir gestión de algunos procesos estratégicos y de apoyo institucionales. Actualmente se utilizan documentos generales del Sistema de Salud.
D2	Necesidad de robustecer estructura organizacional, y actualizar perfiles técnicos de los cargos específicos para el hospital.
D3	Necesidad de asegurar el entendimiento y la aplicación integral de la política de compensación y beneficios para todos los cargos.
D4	Necesidad de robustecer objetividad del programa de evaluación desempeño del personal, y asegurar su alineación con objetivos estratégicos y operacionales de la institución.
D5	Necesidad de robustecer enfoque sistémico mediante la implementación de sistemas de gestión institucional (CAF, NOBACI, ISO, otros).
D6	Necesidad de asumir un enfoque sistémico para elevar consistentemente los niveles de satisfacción de usuarios. Establecer protocolos validados con buenas prácticas para atención de usuarios y tratamiento de quejas.
D7	Necesidad de robustecer mecanismos para gestión de datos e informaciones y para documentación de registros (buenas prácticas de documentación)
D8	Necesidad de establecer de forma sistemática la gestión del mantenimiento preventivo y reparación oportuna de las instalaciones los equipos y mobiliario de la institución.
D9	Necesidad de mejorar las instalaciones: mejorar áreas de recepción y espera para usuarios. Necesidad de mejorar instalaciones para ofrecer servicios de habitaciones privadas. Parques insuficientes para el personal y usuarios.
D10	Necesidad de fortalecer la provisión oportuna de recursos al personal para el desarrollo de su trabajo.
D11	Necesidad de robustecer mecanismos de control operacional: Cumplimiento de las NOBACI, falta de seguimiento sistemático y retroalimentación oportuna en los procesos de compras.
D12	Necesidad de robustecer gestión de activos.
D13	Necesidad de establecer e implementar proceso sistemático y validado para gestión de costos.
D14	Necesidad de robustecer seguridad para cuidado de las instalaciones, las personas y los recursos en las diferentes áreas del hospital.
D15	Necesidad de robustecer plan de aseguramiento (pólizas) para las instalaciones y otros activos claves para la operación del hospital.

4. Actualización de Amenazas

Código	Amenazas identificadas
A1	Falta de imagen positiva histórica de los hospitales públicos para la población, la opinión pública y la ciudadanía en general.
A2	Factores externos de contaminación ambiental: ruidos, basura, falta regulación del tránsito, vendedores ambulantes.
A3	Deficiente o insuficiente capacidad de operación de algunos servicios básicos (agua, recogida de basura, seguridad), que afecten la prestación de los servicios.
A4	Inseguridad ciudadana del sector donde funciona el hospital.
A5	Factores Medioambientales: El país se encuentra en la ruta de huracanes. Fallas geológicas y movimientos telúricos. Temporada de lluvia que hacen que los vicios de construcción produzcan problemas de filtraciones, poniendo en riesgo el no uso de áreas y daños a equipo.
A6	Escasa colaboración de los líderes, instituciones y comunidad en general a las iniciativas colaborativa del hospital para el desarrollo de acciones y estrategias para mantener lazos fuertes de cooperación con y para la comunidad.
A7	Cambios en los niveles de exigencia de los usuarios, lo cual genera niveles constantes de insatisfacción.
A8	Falta de actualización de la ley de seguridad social (catálogo de servicios y procedimientos desactualizados).
A9	Costo creciente de las tecnológicas y equipos de apoyo para procesos de salud.
A10	Presión y exigencias políticas para la contratación de personal en la institución.
A11	Bajo porcentaje de gasto público en salud a nivel nacional, en relación con países de la región.
A12	Dificultades de gobernabilidad en sector salud, huelgas y conflictos gremiales que paralizan los servicios.
A13	Reducción a nivel nacional de la proporción de profesionales en áreas de enfermería y técnicos de salud.

Formulario Informe

 GC-FO-002 Versión: 01
 Fecha de aprobación: 25/06/201

Capacitacion Ejecutada	Cantidad de Participantes Sexo Femenino	Cantidad de Participantes Sexo Masculino	Cantidad Total de Participantes	Grupo Ocupacional
Charla sobre Hemocentro	17	2	19	III, IV,V
Trabajo en Equipo	16	2	18	III, IV,V
Manejo Efectivo del Tiempo	25	8	32	II,IV,V
Taller sobre el Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo en la Administracion Publica	16	4	20	I,II,III,IV,V
Taller de Regimen Etico y Diciplinario en virtud de lo establecido en la Ley 41-08 de Funcion Publica Num. 523-09 de Relaciones Laborales.	27	3	30	I,II,III,IV,V
Sistema de Reparto (Procedimiento, Beneficios, y Novedades) para los afiliados	23	8	31	I,II,III,IV,V
Supervision Efectiva	23	9	32	I,II,III,IV,V
Cortesia Telefonica	21	0	21	III, V
Taller sobre Violencia de Genero e Intrafamiliar	30	7	37	I,II,III,IV,V

Formulario Informe

GC-FO-002 Versión: 01
Fecha de aprobación: 25/06/201

Atencion al Ciudadano y Calidad en el Servicio	23	5	18	I,II,III,IV
Sistema de Administracion de Denuncias , Quejas Reclamaciones y Sugerencias 311	38	8	30	I,II,III,IV,V
Taller de Regimen Etico y Diciplinario en Virtud de lo Establecido en la Ley 41-08 de Funcion Publica y su Reglamento Numero 523-09 de Relaciones Laborales	24	2	26	II,III,IV,V
Lucha para la Inclusion en el Sector Salud (Proyecto LISS) del Centro de Orientacion e Investigacion (COIN)	22	0	22	III,IV,V
Lucha para la Inclusion en el Sector Salud (Proyecto LISS) del Centro de Orientacion e Investigacion (COIN)	9	7	16	II, III,IV,V



UNPHU y Hospital Vinicio Calventi

UNPHU y Hospital Vinicio Calventi firman convenio académico bilateral.

JUEVES, 12 ENERO 2023

La Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) y el Hospital Dr. Vinicio...



Representante de UNICEF RD y Comitiva del Gobierno Británico Visitan Director...

MARTES, 05 MARZO 2024

El representante del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Carlos...



Hospital Calventi y Club Rotary inauguran Sala de Lactancia "Dra. Juana..."

LUNES, 26 JUNIO 2023

El Hospital Dr. Vinicio Calventi dejó inaugurada este jueves una moderna Sala...



Hospital Vinicio Calventi Inaugura nuevas unidades

LUNES, 12 JUNIO 2023

El Hospital Dr. Vinicio Calventi, inauguró varias unidades de servicio en...



Inauguran estación del IDOPPRIL en el Hospital Calventi

JUEVES, 21 MARZO 2024

El director del Hospital Vinicio Calventi, Dr. José Alfaro, participó junto al director del...



Británico Visitan Director...

MARTES, 05 MARZO 2024

El representante del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Carlos...



para la Calidad de Atención...

MARTES, 30 ENERO 2024

Con el objetivo de evaluar la calidad de la atención a los usuarios, el director del...



El Hospital Vinicio Calventi inauguró hoy una nueva área para realizar estudio...

MARTES, 09 ENERO 2024

El doctor José Alfaro destacó la importancia de este servicio para los...



UNIREMHOS y Hospital calventi unen esfuerzos para formación en...

VIERNES, 22 DICIEMBRE 2023

Los distinguidos representantes de la Universidad UNIREMHOS, liderados por la...



Fundación Operación Sonrisa y Hospital Vinicio Calventi realizan Jornada...

MIÉRCOLES, 29 NOVIEMBRE 2023

El Hospital Vinicio Calventi y la Fundación Operación Sonrisa RD realizaron una...



Director Hospital Calventi recibe visita decanos Facultad de Ciencias Salud ...

MIÉRCOLES, 25 OCTUBRE 2023

El director del hospital Vinicio Calventi Dr. José Alfaro, recibió en su despacho la visi...

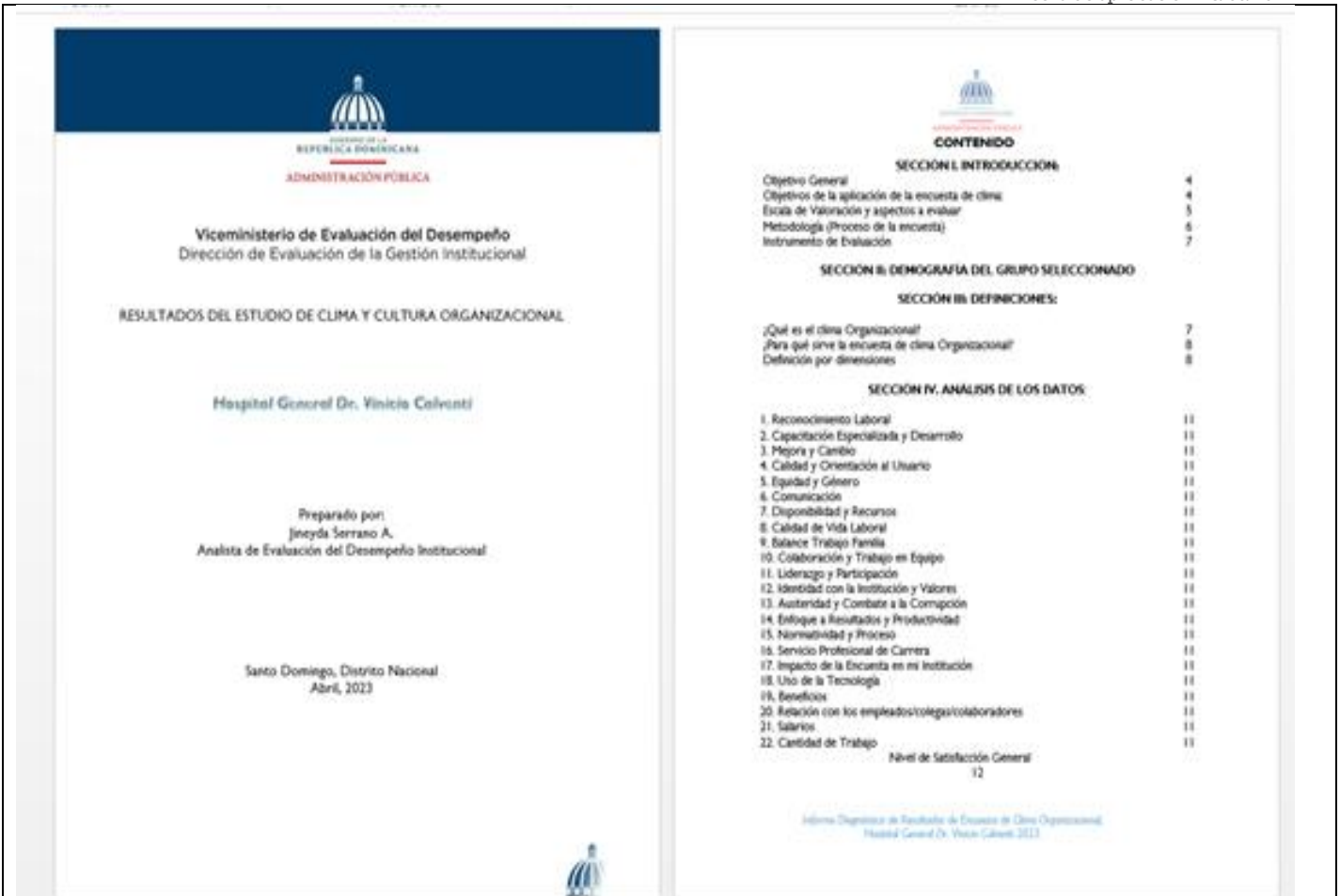
SEXTA MEJORA

Realizar encuesta de Clima Laboral 2023.

Esta fue realizada en abril 2023, con un 100% de cumplimiento.

14	6	3	3.2.6	Realizar encuesta de clima laboral	Aplicar encuesta de clima laboral 2023	Implementar mecanismos de Gestion del Cambio.	1. Solicitar apoyo al MAP. 2. Solicitar las herramientas para aplicar Encuesta. 3. Aplicar la Encuesta.	ene-23	dic-23	Recursos tecnologicos, humano	Actividades realizadas
----	---	---	-------	------------------------------------	--	---	---	--------	--------	-------------------------------	------------------------

TAREAS	RESPONSABLE	ESTADO DE REALIZACIÓN (Fecha)					RESULTADO FINAL (si objetivo previsto)	COMENTARIOS
		0%	25%	50%	75%	100%		
1. Solicitar apoyo al MAP. 2. Solicitar las herramientas para aplicar Encuesta. 3. Aplicar la Encuesta.	Recursos humanos					X	Encuesta clima laboral realizada por el MAP 2023	



SEPTIMA MEJORA

Renovar licencia de habilitación del establecimiento, ya depositamos toda la documentación requerida, como evidencia anexo recibo y fuimos supervisados por habilitación. 75% de cumplimiento.

14										
7	5	5.1.7	Renovar licencia de habilitación del establecimiento	Gestionar la habilitación del centro de salud	Mejorar la dimensión de la práctica clínica y la calidad de la asistencia sanitaria.	1-Solicitar la habilitación del centro 2-Depositar toda la documentación requerida 3- Recibo de la solicitud	ene-23 jul-23	Recursos tecnológicos, humano y financiero	Actividades realizadas	
15										

Formulario Informe

GC-FO-002 Versión: 01
Fecha de aprobación: 25/06/201

TAREAS	RESPONSABLE	ESTADO DE REALIZACIÓN (Fecha)					RESULTADO FINAL (sí objetivo previsto)	COMENTARIOS
		0%	25%	50%	75%	100%		
1-Solicitar la habilitación del centro 2-Depositar toda la documentación requerida 3-Recibo de la solicitud 4-Informe de la inspección de DH 5-Certificado actualizado de la habilitación del centro de salud	Comité de calidad				X			Solicitamos en ventanilla única del MISPAS, depositamos todo lo requerido, recibimos la inspección por ellos, tenemos el recibo de la solicitud, solo nos falta que nos emitan el certificado.



OCTAVA MEJORA

Compra e instalación de buzones de quejas y sugerencias 100% de cumplimiento.

Estos fueron instalados en zonas estratégicas, donde podemos captar a los usuarios externos e internos.

16	8	5	5.2.1	Comprar buzones de quejas y sugerencias para los usuarios	Gestionar la compra e instalación de los buzones de quejas y sugerencias	Mejorar los servicios y productos para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios.	1-Solicitar la compra de los buzones. 2-Comprar los buzones. 3-Colocar los buzones en las	ene-23	jul-23	Recursos tecnológicos, humanos y financiero	Actividades realizadas
----	---	---	-------	---	--	---	---	--------	--------	---	------------------------

TAREAS	RESPONSABLE	ESTADO DE REALIZACIÓN (Fecha)					RESULTADO FINAL (s/ objetivo previsto)	COMENTARIOS
		0%	25%	50%	75%	100%		
1-Solicitar la compra de los buzones. 2-Comprar los buzones. 3-Colocar los buzones en las diferentes áreas del centro.	Administrativo					X	Los buzones comprados e instalados en las áreas donde fueron requeridos	



NOVENA MEJORA

Disminución del tiempo de disponibilidad de los resultados del departamento de imágenes, 100% cumplimiento.

El 100% ha sido entregado en menos de 3 días, tiempo acordado en nuestra Carta Compromiso al Ciudadano, ya que fueron nombrados 3 radiólogos para eficientizar el tiempo.



ONCEAVA MEJORA

Reconocer el trabajo de los colaboradores, 100% cumplimiento.

Reconocimiento al empoderamiento, permanencia en la institución, el mejor colaborador, trabajo en equipo. Día de las madres, día de las secretarías

II	7	7.2.6	Reconocer el trabajo de la	Reconocer el esfuerzo individual y de equipo de los colaboradores del centro de salud.	Mejorar el ambiente de trabajo, motivando el trabajo individual y en equipo, mediante un ambiente de colaboración y motivación	I-Reconocimientos a los colaboradores en los aniversarios del centro de salud	#####	#####	Recursos tecnológicos, humano y financieros	Actividad realizada
----	---	-------	----------------------------	--	--	---	-------	-------	---	---------------------

TAREAS	RESPONSABLE	ESTADO DE REALIZACIÓN (Fecha)					RESULTADO FINAL (s/ objetivo previsto)	COMENTARIOS
		0%	25%	50%	75%	100%		
I-Reconocimientos a los colaboradores en los aniversarios del centro de salud	Dirección					X	Reconocimientos realizados por la dirección.	



**Hospital Vinicio Calventi
celebra Día de Las
Secretarias**

MIÉRCOLES, 26 ABRIL 2023
Provincia Santo Domingo(Municipio Los
Alcarrizos).....El hospital Dr Vinicio Calventi...



**Hospital Vinicio Calventi
entrega reconocimiento por
Día Internacional de la...**

JUEVES, 09 MARZO 2023
El director del hospital Vinicio Calventi,
doctor José Alfaro, con motivo de...

DOCEAVA MEJORA

Realizar estudios de factibilidad para disposición de los Desechos Sólidos. 75% realizado.

Realizamos el levantamiento de las medidas de bioseguridad, el manual de desechos comunes y contaminados, pero aún nos falta el estudio financiero.

12	8	8.2.10	Realizar estudio de Factibilidad Incinerador para los residuos medicos.	Realizar estudio de Factibilidad de hospitalarios, mejorando los procesos de bioseguridad del paciente y de los colaboradores.	Mejorar la gestion de los desechos de hospitalarios, mejorando los procesos de bioseguridad del paciente y de los colaboradores.	1.-Realizr estydio de factibilidad del uso de incinerador para los residuos medicos	#####	#####	Recursos tecnologicos, humano y financieros	Estudio de factibilidad
----	---	--------	---	--	--	---	-------	-------	---	-------------------------

TAREAS	RESPONSABLE	ESTADO DE REALIZACIÓN (Fecha)					RESULTADO FINAL (s/ objetivo previsto)	COMENTARIOS
		0%	25%	50%	75%	100%		
Realizar estudio de factibilidad de incinerador para los residuos medicos	Epidemiologia				X			Realizamos el levantamiento de las medidas de bioseguridad, el manual de desechos comunes y contaminados, pero aun nos falta el estudio financiero.

Formulario Informe

GC-FO-002 Versión: 01
Fecha de aprobación: 25/06/201

DE SALUD		Formulario de Supervisión de Desechos Peligrosos			
HOSPITAL		General Dr. Vinicio Calventi			
GRS		Metropolitano			
FECHA SUPERVISIÓN		12/12/2023			
II-GENERACIÓN Y SEPARACIÓN:					
No.	CRITERIO A EVALUAR	SI	NO	PARCIALMENTE	
1	El personal "cuenta" con EPP (Equipos de Protección Personal) adecuado?	X		X	
2	Cómos desechos en recipiente correcto?	X		X	
3	Los cánticos de desechos entran a la unidad?		X		
4	Se retiran los contenedores llenos en un 75%?	X	Mas del 75%		
5	Se retiran las fundas rojas llenas en un 75%?	X			
6	Se rotan fundas rojas con desinfectante antes de retiro	X			
7	Se etiquetan las fundas rotadas?	X			
8	Están rotulados y/o Señalizados los zafacones?	X			
III-TRANSPORTE INTERNO:					
No.	CRITERIO A EVALUAR	SI	NO	PARCIALEMTE	
1	Esta correctamente señalizada la ruta de sanitaria?	X			
2	Esta señalizada área alto riesgo biológico			NA	
3	Personal encargado de recolección sigue ruta de sanitaria?	X			
4	Se cumplen los horarios de recolección?	X			
5	Se desinfectan los carros con cloro al 0.2%	X			
6 (Batas Desechables)	Se desinfectan los EPP diario al 0.2% de cloro	X	Desechables se votan		
7	Se aplica desinfectante a alfombras de área de alta producción de desechos peligrosos	X			
8	Los carros de d. p. (Desechos Peligrosos) son de uso exclusivo	X			
IV-ALMACENAMIENTO TEMPORAL:					
No.	CRITERIO A EVALUAR	SI	NO	PARCIALMENTE	
1	Los desechos peligrosos son separados del resto?	X			

DE SALUD		Formulario Plan de Mejora						
Nombre de la Dirección:		Hospital Dr. Vinicio Calventi						
ordinador del Equipo de Mejora:		Dra. Ynmaculada Valerio		Unidad de Trabajo: alidad en la gestion y Epidemiología				
Fecha Inicio del Plan:		10/03/2022		Fecha 1er Seguimiento: 12-dic				
Fecha 2do Seguimiento:		12-dic						
Fuente								
Estos datos fueron recolectados del formulario de inspeccion de supervision de desechos peligrosos, levantamiento que se realiza semanalmente, Tambien en la observaciones periodicaz								
Análisis de Mejora								
Garantizar una gestión eficaz y adecuada de los residuos sólidos es crucial para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, sobretodo manteniendo las medidas de bioseguridad.								
Áreas de Mejoras Identificadas								
Descripción del Hallazgo	Actividades / Áreas	Responsables	Recursos	Tiempos (Inicio / Fin)		Producto Esperado	Comentarios	Estatus
te con los EPP. No se rocolan las fundas	desinfectante de	Dr. Jose Alfaro	Financieros	10-mar-22	12-dic-22	inibite para el per		
ir todos los zaf	Fior Daliza San	Impresora,plast		10-mar-22	12-dic-22	acones rotulado	amos comprar mas zafacones d	
cion y llevar el cto de Mantenimie		pieza, personal,		10-mar-22	12-dic-22	amiento tempor		
o temporal no existe un calendario de lin								
lizar pagos a compañía								
para dicha actividad y regularizar la frec	fundas rojas y	Dr. Jose Alfaro	Financieros	10-mar-22	12-dic-22	on y traslado ex		
	zafacones con t	Dr. Jose Alfaro	Financieros	10-mar-22	12-dic-22	ara su correcto		
	ta de evacuació	Dr. Jose Alfaro	Financieros	10-mar-22	12-dic-22	odas las areas d	esitamos la compra de 50 zafaco	
						con ruta de des		
Firma de la Máxima Autoridad				Fecha de Aprobación				

Plan de Mejora For. Sup. Desechos Peligrosos (+)

Manual de bioseguridad disposición de desechos solidos..



Desechos hospitalarios

Generación, Segregación, Envasado, Movimiento interno en el establecimiento, Almacenamiento transitorio, Recolección, Traslado externo, Tratamiento, Disposición final.

MANEJO INTRAHOSPITALARIO

Artículo 9: Todos los desechos hospitalarios serán depositados en recipientes (rígidos, bolsas o fundas, que serán identificados según sus características:

- Para los residuos y/o desechos infecciosos, tales como: los de la actividad de cirugía, material quirúrgico desechable, de quirófanos y laboratorios, entre otros, se utilizará bolsas o fundas de color rojo y para objetos cortopunzantes recipientes de material rígido.
- Para los residuos y/o desechos comunes, tales como: trabajo de oficina, de cocina, entre otros, se utilizarán bolsas o fundas de color negro.
- Radioactivos serán dispuestos de acuerdo a lo establecido a la norma para la gestión ambiental de desechos radioactivos.

Segregación y envasado de desechos hospitalarios

ACUERDOS Y/O RECOMENDACIONES SEGÚN HALLAZGOS

1- Realizar plan de mejora 2024

RESPONSABLES

Elaborado por: **Dra. Ynmaculada Valerio, Enc. División Calidad en la Gestión.**

Entregado a: **Ing. Darlis Ferreras, Enc. Departamento de Planificación.**

Firma y sello de recibido:

Dra. Ynmaculada Valerio
Dra. Ynmaculada Valerio
Encargada de la División de
Desarrollo Institucional y Calidad en
La Gestión



Formulario Informe

GC-FO-002 Versión: 01
Fecha de aprobación: 25/06/201